



Universidade Católica Portuguesa

**Sintomatologia Depressiva em Crianças numa Unidade de Saúde do
Norte**

**Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde**

Por

Anastácia Rebelo Costa



Faculdade de Filosofia de Braga

Julho de 2011



Universidade Católica Portuguesa

**Sintomatologia Depressiva em Crianças numa Unidade de Saúde do
Norte**

**Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde**

Por

Anastácia Rebelo Costa

Sob Orientação de:

Prof. Doutora Eleonora Costa

Dr.^a Ana Margarida Trovisqueira



Faculdade de Filosofia de braga

Julho de 2011

Resumo

Este estudo descritivo transversal teve como objectivo estudar a prevalência de sintomatologia depressiva e caracterizar o tipo de sintomas presentes numa amostra de crianças utentes de uma Unidade de Saúde do Norte. A amostra foi constituída por 105 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos. Os instrumentos de avaliação utilizados foram o Inventário da Depressão para crianças (CDI) e a escala de classificação de Graffar. Os resultados evidenciam uma prevalência de 41% de sintomatologia depressiva na amostra total. Na amostra clínica, constituída por 43 participantes, verificou-se uma maior prevalência de sintomatologia depressiva no género masculino (45.7%) em relação ao género feminino (31.4%). A gravidade dos sintomas também se revelou maior nos rapazes, apresentando 62.6% dos participantes do género masculino sintomas de carácter moderado a graves. No género feminino predominam sintomas depressivos de carácter leve (63.6%). As análises de comparação dos resultados do CDI na amostra clínica em função do género, idade e escolaridade não revelaram diferenças estatisticamente significativas, embora se tenha observado tendência de significância na variável existência de irmãos. Verificou-se que o género masculino evidencia sintomas mais associados ao desempenho e perda de apetite, enquanto que o género feminino parece assinalar mais sintomas associados à auto imagem.

Palavra-chave: sintomatologia depressiva; criança.

Abstract

The purpose of this applied dissertation was to study and characterize the prevailing depressive symptomatology in a cluster of 105 children, from 6 to 10 years old, in a Public Health Institution of the northern region of Portugal. Through the analysis of data gathered from the use of several evaluative items, such as the Children Depression Inventory (CDI) and the Graffar rating scale, we were able to ascertain that 41% of the cited sample suffered from depressive symptomatology. In this clinical sample of 43 participants, there was noticeably a larger number of male individuals with the referred symptoms (45.7%), as opposed to female (31.4%). The severity of the symptoms was also proven to be highly prevalent amongst boys (62.2% with symptoms ranging from moderate to severe). Girls, however, showed clear expressions of lighter symptomatology (63.6%). Comparative analysis of the results from the Children Depression Inventory (CDI), regarding gender, age and education, showed no notable significance, even though we were able to denote some influence concerning the existence of siblings. We were also able to determine that male participants reveal symptoms associated with performance and loss of appetite, and that female participants seem to endure altercations in self-image and esteem.

Key words: Depressive Symptomatology; Children

Resumo	I
Abstract	II
Índice de tabelas	V

Índice

Introdução	1
Parte I – Enquadramento Teórico	4
1. Depressão	5
1.1. Perspectiva Histórica do Conceito de Depressão	5
1.2. Descrição Clínica e Classificação	7
1.3. Evolução da Depressão	10
1.4. Epidemiologia	11
1.5. Modelos Teóricos da Depressão	12
1.5.1. Modelo Cognitivo	13
1.5.2. Modelo Comportamental	14
1.5.3. Modelo Psicanalítico	16
1.5.4. Modelo Bioquímico	17
2. Depressão na Criança	19
2.1. Curso da Depressão na Infância	20
2.2. Apresentação Clínica em Idade Escolar	22
2.3. Factores de Risco	25
2.3.1. Factores Sociais	25
2.3.2. Factores Psicológicos	27
2.3.3. Factores Biológicos	28
2.3.4. Factores Sócio-demográficos	29
2.4. Epidemiologia das Perturbações Depressivas na Infância	30
3. Depressão em Crianças com Doença Crónica	32
4. Sintomatologia Depressiva em Crianças Utentes em Unidades de Saúde	35
Parte II – Estudo Empírico	36

5. Metodologia	37
5.1.Objectivos e Desenho de Estudo	37
5.2.Variáveis em Estudo	37
5.3. Procedimentos de Recolha dos Dados	38
5.4. Amostra	38
5.4.1. Caracterização Sócio-demográfica da Amostra	39
5.4.2. Caracterização Sócio-demográfica da Amostra por Género	41
5.5. Material e Medidas de Avaliação	44
5.5.1.Children' Depression Inventory – CDI	44
5.5.1.1.Características Psicométricas do CDI na Amostra em Estudo.....	45
5.5.2. Escala de Classificação de Graffar	47
5.5.3. Questionário Sócio-demográfico.....	47
5.6. Procedimentos de Análise de Dados.....	47
6. Apresentação dos Resultados	48
6.1. Prevalência de Sintomatologia Depressiva	48
6.2. Gravidade da Sintomatologia Depressiva	50
6.3. Resultados Descritivos.....	51
6.4. <i>Ranking</i> dos Sintomas assinalados na Amostra Clínica.....	52
6.5. Variação dos Resultados na amostra clínica, em função do género, irmãos, escolaridade e idade.....	53
7. Discussão dos Resultados	56
8. Conclusão, Limitações de Estudo e Implicações Futuras	60
Referências Bibliográficas	63
Anexos.....	74
Anexo I – Consentimento Informado	75
Anexo II – Material e Medidas de Avaliação	77

Índice de Tabelas

Quadro1 - Caracterização Sócio – demográfica da Amostra Total (N=105)	40
Quadro2 - Características sócio-demográficas da Amostra por Género (N=105).....	43
Quadro3 - Resultados da Análise de Consistência Interna do CDI (N=105).....	46
Quadro4 - Prevalência de sintomatologia depressiva na amostra total (N=105)	48
Quadro5 - Prevalência de sintomatologia depressiva em relação ao género (N=105) ...	49
Quadro6 - Prevalência de sintomatologia depressiva em relação à idade (N=105)	49
Quadro7 - Prevalência de sintomatologia depressiva em relação aos irmãos (N=105)..	49
Quadro8 - Prevalência de sintomatologia depressiva em relação à escolaridade (N=105)	50
Quadro9 - Gravidade de sintomatologia depressiva (n=43).....	50
Quadro10 - Gravidade de sintomatologia depressiva em relação ao género (n=43)	51
Quadro11 - Resultados Descritivos do CDI total (N=105)	51
Quadro12 - Resultados Descritivos do CDI total para a amostra clínica (n=43)	52
Quadro13 - Os 10 Itens do CDI total mais assinalados com pontuação máxima na amostra clínica (n=43)	52
Quadro14 - Resultados do teste <i>U de Mann-Whitney</i> na comparação de grupos em função do género para o total do CDI na amostra clínica (n=43).....	53
Quadro15 - Resultados do teste <i>U de Mann-Whitney</i> para o total do CDI, na comparação de grupos em relação à existência de irmãos na amostra clínica (n=43)	54
Quadro16 - Resultados do teste <i>U de Mann-Whitney</i> para o total do CDI, na comparação de grupos em relação à escolaridade da amostra clínica (n=43)	54
Quadro17 - Resultados do teste <i>U de Mann-Whitney</i> para o total do CDI, na comparação de grupos em relação à idade da amostra clínica (n=43)	55
Quadro18 - Resultados do teste de <i>Spearman's –Rho</i> na avaliação entre o total do CDI e a idade (n=43).....	55

Introdução

O Presente estudo aborda uma temática ligada à Psicologia Infantil que nos dias actuais se tornou uma realidade em Hospitais, Unidades de Saúde, Escolas e em Consultórios Clínicos: a Depressão Infantil.

A Depressão é um problema de Saúde Pública muito complexo e gera fortes danos psicossociais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003, cit. por Araújo, Coutinho & Pereira, 2008), a patologia referida é uma das perturbações de humor mais significativas do mundo actual, ocupando o quarto lugar das dez principais causas de patologia a nível mundial. Son e Kirchner (2000) aponta que actualmente que os sintomas depressivos afectam 2% das crianças.

Uma criança com sintomas depressivos pode apresentar alterações no seu crescimento psicossocial e emocional, bem como sérios comprometimentos nas relações familiares (Batista, 1997; Fu, Curatolo & Friedrich, 2000; Goodman, Schwad-Stone, Lahey, Schaffer & Jensen, 2000; White, 1989, cit. por Cruvinel & Boruchovitch, 2009). Strecht (1997, cit. por Pires, 2004), refere que esta patologia encontra a sua génese em inúmeros factores de risco que cooperam no aparecimento da depressão em crianças ao longo do seu desenvolvimento. Assim, existem algumas características tanto na criança como no seu ambiente, que podem contribuir para a instauração da depressão, tais como o baixo nível sócio-económico e a presença de factores ambientais desencadeadores, como a perda ou afastamento dos pais (Mericangas & Angs, 1995, cit. por Serrão, Klein, & Gonçalves, 2007). Também um historial familiar de depressão tem sido referenciado como um grande factor de risco para a manifestação da depressão infantil. Entre os factores individuais que parecem proteger e amparar as crianças da depressão, estão o sucesso escolar, o envolvimento em actividades extracurriculares, os hábitos de vida saudáveis, a competência social, a auto-percepção positiva, competências intelectuais, relações sociais positivas e o suporte social adequado (Serrão et al., 2007).

Podemos ainda salientar que, no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2002), a depressão na criança pode ter início com a perda de interesse pelas actividades que habitualmente eram interessantes, manifestando-se através do aborrecimento constante, do predomínio da apatia, da dinâmica e redução significativa da actividade, podendo por vezes manifestar-se em tristeza e diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo, sentimentos de

inferioridade e baixa auto-estima, ideia de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtorno do sono e da alimentação.

Numa recente revisão sobre a epidemiologia dos distúrbios depressivos em crianças, Bahls (2002, cit. por Serrão et al., 2007) refere que a prevalência-ano de depressão major foi de 0,4% a 3,0% em crianças. No entanto, a depressão pode apresentar-se através de quadros sintomatológicos atípicos. Segundo Ballone (2004), as crianças com sintomatologia depressiva atípica escondem verdadeiros sentimentos depressivos através da irritabilidade, da agressividade, hiperactividade e rebeldia. As crianças mais novas, devido à falta de competência para uma comunicação que evidencie o seu verdadeiro estado emocional, também manifestam esta depressão atípica, tornando-se esta mais notória pela possível comparência de hiperactividade.

Esta perturbação parece ocorrer com a mesma incidência em ambos os sexos e, de um modo geral, é caracterizada por um défice no desenvolvimento das interacções sociais e escolares (APA, 2002). A nível das diferenças de género, Weissman e Klerman (1977, cit. in Serrão et al., 2007) referem que, nas crianças, o sexo feminino tem maior tendência para a depressão que o sexo masculino.

Em Portugal verificou-se, num estudo realizado por Passos e Machado (2002), referente ao estado depressivo em crianças, que 128 crianças de uma amostra total de 995, eram portadoras de sintomatologia depressiva. Esta amostra clínica corresponde a uma prevalência de vivência depressiva de 13% sendo homogénea quanto ao sexo. Relativamente à idade, apurou-se uma percentagem significativa, de sintomatologia depressiva de 69,5% em idades compreendidas entre os 11 e os 12 anos.

Atendendo à elevada prevalência de sintomatologia depressiva na criança e procurando dar resposta à solicitação de avaliar a prevalência de sintomas depressivos nas crianças e adolescentes utentes da unidade de saúde do Carandá, propomo-nos, pois, caracterizar uma amostra de utentes dos cuidados de saúde primários, entre os 6 e os 10 anos de idade, ao nível da sintomatologia depressiva. Este estudo encontra-se assim dividido em duas partes. Numa primeira parte, apresentamos uma revisão bibliográfica referente à depressão nas suas vertentes sintomatológicas e evolutivas, situando-a, de seguida, nos seus diferentes modelos. Consecutivamente, justapomos a depressão ao tema estudado, abordando especificamente, a sua circunstância na idade escolar, debruçando-nos sobre factores de risco associados. Por fim, a findar a primeira parte, e atendendo ao objectivo principal do estudo, desenvolvemos a temática acerca da sintomatologia depressiva em crianças utentes no contexto das unidades de saúde.

Numa segunda parte deste estudo, expomos a investigação empírica realizada, subdividindo-a em metodologia, apresentação e discussão de resultados e, finalmente, conclusão do estudo.

Parte I – Enquadramento Teórico

A primeira parte deste estudo consiste numa revisão teórica acerca da sintomatologia depressiva na criança. Em primeiro lugar, caracteriza-se o conceito de depressão e a sua classificação a nível dos sintomas e evolução. Posteriormente, abordam-se os aspectos essenciais dos modelos teóricos da depressão. No contexto da idade escolar, debruçamo-nos sobre os factores de risco que se encontram associados a esta patologia e sobre a sua epidemiologia na infância. Desta forma, pretende-se destacar a importância do presente estudo e subsequente investigação nesta área. Por fim, e atendendo ao objectivo principal deste estudo, aborda-se especificamente, a sintomatologia depressiva em utentes no contexto das unidades de saúde.

1. A Depressão

A depressão é, na actualidade, um dos problemas de saúde pública mais comuns no contexto mundial, não fazendo distinções culturais nem sociais. Com efeito, esta perturbação gera um sofrimento psíquico muito complexo que gera fortes danos psicossociais (Araújo, Coutinho & Pereira, 2008). Deste modo, a depressão tem potencialidade para ser uma doença mental grave e incapacitante, podendo interferir em todos os aspectos do dia-a-dia.

A depressão pode ser uma reacção a um acontecimento, um sintoma ou um indício de doença, podendo manifestar em mudanças cognitivas e comportamentais. Normalmente, o sujeito deprimido, pode tornar-se apático, desmotivado e sensível unicamente aos factos negativos da vida, criando-lhes um feed-back de reforço do seu estado, tendo frequentemente ideias suicidas e, por vezes, passando ao acto (Abreu, 2001). Todavia, a sintomatologia depressiva é multifacetada e a forma como se manifesta é variável de vida para vida (Schotte, Bossche, Doncker, Claes & Cosying, 2006), sendo possível encontrar teorias e perspectivas, das mais simples às mais complexas, cujo objectivo sempre foi o de descrever, explicar e compreender melhor a psicopatologia depressiva. Neste sentido, independentemente da perspectiva, a depressão tem várias consequências, pelo que se torna crucial estudar e compreender melhor esta psicopatologia. Nesta primeira parte, iremos debruçar-nos sobre a perspectiva histórica do conceito de Depressão.

1.1. Perspectiva Histórica do Conceito de Depressão

Numa perspectiva histórica, consideramos pertinente notar a existência de registos onde se verifica que o percurso histórico do quadro de depressão evoluiu efectivamente. Até meados do século XVIII, este quadro de sintomas era caracterizado por “histeria feminina” (Rousseau, 2000). Apenas posteriormente se associou com a “loucura masculina”, no percurso das escolas europeias, pois, até então, a loucura nos homens era associada à força, nobreza e energia, e as características históricas das mulheres associavam-se à fraqueza, moleza, inferioridade e passividade (Rousseau, 2000). Apesar da depressão surgir classificada na literatura egípcia, cerca de 2600 anos a.C., numa das mais antigas divisões das doenças mentais (Maia, 2001), a primeira teoria da depressão foi registada por Hipócrates, quando este propôs a melancolia como

resultado de um desequilíbrio entre os quatro humores básicos (Deitz, 1989). Segundo este autor, a depressão, designada então de melancolia, era uma perturbação do corpo e, por este motivo, a terapia surgiu para restabelecer o balanço dos humores. Esta visão orgânica, deu origem a que, mais tarde, por volta do século XVII – período em que se formou a escola francesa de psiquiatria por ordem de Luís XIV –, surgisse uma classificação proposta por Pinel, em 1767, formada por quatro perturbações de um grupo de doenças físicas designadas por “neuroses” - apontadas como doenças funcionais do sistema nervoso – como a mania, melancolia, demência e idiotia (Maia, 2001).

O termo depressão surgiu por volta do século XVIII, cunhado por Samuel Johnson como forma de caracterizar “espíritos negativos” ou “inferiores” (Rousseau, 2000). Nos finais do século XIX, surgiu a escola de psiquiatria de orientação mais clínica, que depressa ganhou um lugar elevado com a criação de algumas nosologias, juntamente com os trabalhos de Kraepelin entre 1880 e 1914, os quais ainda estão, na sua natureza, na base das classificações actuais (Maia, 2001). Depois da segunda guerra mundial, e com as constantes controvérsias entre as várias escolas europeias e americanas e os problemas de aceitação da 6ª revisão da classificação internacional de doenças (CID), os autores americanos decidiram desenvolver uma classificação alternativa, nomeadamente o *Diagnostic Statistical Manual* (DSM), publicada em 1952 (Maia, 2001).

Salientamos que, com o desenvolvimento de diagnósticos mais exactos e com uma melhoria nos métodos de avaliação standardizados dos sintomas, no fim dos anos setenta e durante a década de oitenta do século XX, foi possível uma análise mais objectiva da perturbação mental, permitindo a concretização de critérios de diagnóstico, assim como a sua aplicação aos estudos populacionais (Maia, 2001). Com o passar dos anos, as classificações e patologias da ICD e do DSM foram evoluindo de modo independente mas mutuamente conscientes entre elas. Já em 1992, no momento da publicação da 10ª revisão da ICD, a ideia da divisão da neurose/psicose foi abandonada, integrando assim a depressão no grupo das perturbações de humor, de forma conveniente com o DMS-IV. Neste sentido, estas duas classificações tornaram-se mais aceites a nível mundial permitindo desenvolver instrumentos de avaliação como entrevistas clínicas estruturadas, que levaram à aproximação das observações realizadas na população geral dos critérios utilizados no campo clínico (Maia, 2001). Assim,

optou-se pela classificação de depressão expressa na quarta edição do DSM-IV-TR (APA, 2002).

1.2. Descrição Clínica e Classificação

O termo “depressão” refere-se à perturbação clínica com os critérios de episódio depressivo major, cujos sintomas preenchem os critérios da categoria patológica deste manual de diagnóstico (APA, 2002). Deste modo, segundo o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (APA, 2002), o que caracteriza um episódio depressivo é o humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades, durante um período nunca inferior a duas semanas. O indivíduo depressivo deve sentir também, pelo menos, quatro dos sintomas seguintes: alterações no apetite ou no peso, alterações no sono e actividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões, ou pensamentos recorrentes relacionados com a morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Contudo, para que o diagnóstico de episódio depressivo seja efectivado, o sintoma deve estar presente há pouco tempo ou ter piorado visivelmente, quando comparado com o estado anterior ao episódio. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, durante, pelo menos, duas semanas consecutivas. Além disso, o episódio é acompanhado, por vezes, por distress ou diminuição de socialização, da capacidade de trabalho ou outras áreas importantes a nível do funcionamento.

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), as perturbações depressivas enquadram-se no grupo das perturbações de humor, onde se encontram a Perturbação Depressiva Major, a Perturbação Distímica e a Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação. A Perturbação Depressiva Major tem como característica fundamental a presença de um ou mais episódios depressivos e a ausência de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos. Contudo, pode persistir durante a maior parte do dia, quase todos os dias, podendo prolongar-se durante pelo menos 2 semanas (APA, 2002). Com efeito, é importante considerar-se que o prognóstico para a recuperação de um episódio agudo é favorável para a maioria dos pacientes com perturbação depressivo major (Sadock & Sadock, 2000). Mesmo sendo frequentemente variável, a permanência de um episódio dura, em média, cerca de 20 semanas. No entanto, entre 20% a 30% dos pacientes apresentam sintomatologia crónica sem interrupção completa dos sintomas,

que podem persistir por meses ou anos, sem preencherem os critérios de diagnóstico para a perturbação (APA, 2002).

Relativamente à perturbação distímica, o indivíduo encontra-se deprimido, embora com uma intensidade ligeira ou moderada, durante a maior parte do tempo ao longo do ano e por um período igual ou superior a dois anos. Os sintomas depressivos, nesta condição, são crónicos e possuem uma intensidade ligeira ou moderada (APA, 2002). Por vezes, a distímia pode agravar-se devido a um episódio depressivo major, tomando a designação de depressão dupla. Em alguns casos verifica-se uma associação desta condição ao alcoolismo e ao abuso de substâncias - o indivíduo procura nestas substâncias o alívio para os seus sintomas (Ingram & Trenary, 2005). No entanto, a perturbação sem outra especificação, envolvem as perturbações com características depressivas que não preenchem os critérios de uma perturbação depressiva major e distímica (APA, 2002). Ainda no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (2002), a perturbação sem outra especificação é constituída pela perturbação depressivo menor, pela perturbação breve recorrente e pela perturbação depressivo pós-psicótica da esquizofrenia.

Assim, com a existência de diferentes definições, torna-se pertinente fazer uma distinção entre estados de tristeza ou infelicidade - que podem ter uma duração muito curta - e a síndrome clínica designada por uma tristeza permanente - persistindo por mais de duas semanas e que está associada a uma mudança do funcionamento prévio. Esta última não pode ser confundida com uma fase normativa de luto pela perda de um ente querido, ou com os sentimentos relacionados com o facto de se “estar a ter um dia complicado” (Kay & Tasman, 2006). De facto, a depressão pode manifestar-se de várias formas, os sintomas e sinais variam muito de pessoa para pessoa, mas algumas características são observadas com maior frequência (APA, 2002; Maia, 2001). Esta refere-se a uma constelação de experiências, não só no estado de humor, mas também a nível físico, mental e comportamental (APA, 2002; Maia, 2001; Brewin, 1997). Segundo Brewin (1997), ao nível da sintomatologia existem quatro domínios gerais: afectivos, cognitivos, comportamentais e físicos. A nível afectivo, a depressão é uma das diversas perturbações, designada de distúrbio afectivo quando nos referimos às manifestações de afecto anormal ou do humor (Brewin, 1997). Deste modo, o humor deprimido, a tristeza ou vazio são típicos desta patologia, persistindo durante a maior parte do dia e durante muitos dias, sendo a irritabilidade mais presente em crianças deprimidas. Por vezes, uma pessoa deprimida nem sempre manifesta tristeza mas sim o

sentimento de perda de interesse ou da capacidade de sentir prazer nas actividades habituais, indiferença e apatia sendo estas as características mais comuns da depressão (APA, 2002; Brewin, 1997). Quanto ao nível cognitivo, a depressão é considerada um transtorno de pensamento, sendo assim, um transtorno de humor. Geralmente, uma pessoa deprimida possui uma visão negativa sobre si própria, uma interpretação negativa sobre o seu mundo e expectativas negativas sobre o futuro. Esse pensamento negativista é comum em pessoas com pensamento distorcido, representando uma interpretação diferente de si e do mundo, durante um estado depressivo (Beck e tal., 1997). Por vezes, durante este estado, existem dificuldades nos processos mentais como a dificuldade de concentração, de lembrar o que ia dizer ou fazer, esquecer onde deixou as coisas (Brewin, 1997; Watts, 1993), o poder de decisão e a memória (Watts, 1993). A nível comportamental, é comum nas pessoas deprimidas o desinteresse das actividades sociais ou o retraimento destas. A redução da interacção social pode depender da perda de motivação, do interesse e da percepção que tem de si próprio. Por sua vez, uma pessoa deprimida pode apresentar uma linguagem e motivação lenta, pausada, monótona e um menor contacto visual, enquanto outras apresentam uma certa agitação (Brewin, 1997). O precedente autor, salienta que a nível dos sintomas físicos, estes podem ser evidentes na depressão, como alterações do apetite, com excessiva ou falta e consequentemente ganho ou perda de peso, alterações do sono, tanto insónia como excesso de sono ou cansado e indisposição, e perda de energia, sendo esta ultima uma das queixas mais evidentes (Buela-Casal, Sierra, & Cano, 2001; APA, 2002). Para além destas queixas, num estado depressivo, pode ainda existir a sensação de peso e falta de resistência física na realização ou conclusão de tarefas, o desânimo, a presença de ansiedade e preocupação, o sentimento de insegurança e indecisão, a ideação de morte ou de suicídio, dores de estômago, dores crónicas (cabeça, costas e articulações) e alterações intestinais sem causa orgânica definida, o choro, insatisfação e a preocupação excessiva com os problemas (APA, 2002).

A depressão é uma perturbação de humor caracterizada também por sintomas como apatia, múltiplas queixas somáticas e ideias agressivas. Alguns dos aspectos dessa patologia que causam impacto são: a elevada frequência na população e o caminho traçado para a cronicidade, a comorbilidade com outras problemáticas psiquiátricas e a forte associação a problemas físicos (Maia, 2001).

Segundo Campos (2010), a depressão é um paradigma da psicopatologia, pois a sua compreensão serve para chegar a outras formas de patologia, sendo um modelo

universal da perda e do sofrimento afectivo. Segundo Coimbra de Matos (2001, p.49), *não há patologia mental sem perda afectiva*. A depressão é fundamentalmente uma doença psíquica, que afecta o funcionamento psíquico, independentemente de se considerar um peso maior ou menor de causas biológicas e de outros factores (Campos, 2010).

De seguida enunciaremos a evolução desta patologia.

1.3. Evolução da Depressão

A Depressão é essencialmente um transtorno episódico e recorrente, isto é, que se repete. Deste modo, as evidências mostram que o primeiro episódio depressivo experienciado é aquele que está normalmente mais associado a um factor stressor substancial (interpessoal), enquanto que, os episódios depressivos posteriores são de menor grau de stress severo, até aos episódios depressivos recorrentes de maior grau, que aparecem, praticamente, dissociados de factores stressores (Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003; Monroe & Reid, 2009). Considera-se ainda, que esta patologia pode ter início em qualquer idade. Cada episódio depressivo dura, geralmente, alguns meses após um período normal entre os episódios (APA, 2002). Considera-se então, que a depressão, conforme o DSM-IV-TR (APA, 2002), pode terminar completamente (aproximadamente 2/3 dos casos), ou unicamente de modo intolerante, ou nunca (aproximadamente 1/3 dos casos).

Desta forma, este facto permite concluir que, quanto mais vezes o indivíduo deprime, mais autónomos se tornam os episódios depressivos, e cada vez a sua ligação com os factores ambientais é menor (Schotte et al., 2006). Contudo, as consideradas respostas reaccionais ao stress, antes de serem reconhecidas, eram designadas de “depressão reactiva” e as restantes, sem relação com factores stressantes, eram consideradas “depressão endógena” com base biológica (Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003).

Muitos dos episódios depressivos não têm extinção completa e os seus sintomas podem persistir durante anos, apresentando uma taxa de ocorrência de 60% ou superior (Talbot, 2003). Daí que, a depressão major seja uma doença crónica para a maioria dos doentes com esta perturbação. Aproximadamente, 15% da população tem sintomas depressivos, e 10% das consultas nos cuidados de saúde primários são causadas por distúrbios depressivos (Baldwin & Birtwistle, 2002).

Importa ainda atender aos dados epidemiológicos da depressão, podendo estes ser importantes na compreensão da patologia e das vicissitudes que a acompanham.

1.4. Epidemiologia

Os estudos epidemiológicos nos últimos tempos têm proporcionado uma maior compreensão da ocorrência da patologia depressiva. Neste sentido, são vários os estudos que evidenciam uma prevalência preocupante em relação às perturbações depressivas, apesar de haver variações e discrepâncias nos resultados encontrados. Num estudo de prevalência ao longo de doze meses, da *National Comorbidity Survey* (Nierenberg, et al., 2003) verificou-se que a depressão atingia, nesse ano, 10,3%, com uma prevalência ao longo da vida de 17,1%. Comprovando pela ideia de que, ao longo da vida, cerca de 1 em 5 mulheres e 1 em 10 homens, irão experienciar um episódio clinicamente significativo de depressão (Schotte et al., 2006).

Um estudo do *National Institute of Mental Health* (2002), no período de um ano revelou que, 9,5% da população americana sofre de uma depressão, ou seja, 18,8 milhões de americanos. Um outro estudo epidemiológico denominado de *Depression Research in European Society* (DEPRES) (Schotte et al., 2006), com mais de 78.000 adultos entrevistados de seis países diferentes, revelou uma prevalência de 17% de episódios depressivos, em seis meses. Actualmente, a incidência da depressão é constantemente ascendente, esperando-se que o número de indivíduos com perturbações mentais aumente com o envelhecimento da população, piorando os problemas e desequilíbrios sociais, o que causa enormes custos, incapacidade e perdas económicas (Who, 2003).

São vários os estudos que evidenciam uma prevalência preocupante em relação às perturbações depressivas, apesar das discrepâncias encontradas nos vários estudos. Neste sentido, verificou-se que a depressão na população americana, chegou a atingir, 10.3%, com uma prevalência ao longo da vida de 17.1%, comprovando que cerca de 1 em 5 mulheres e 1 em 10 homens, irão experienciar um episódio clinicamente significativo de depressão (Schotte et al., 2006), o que significa que esta patologia é duas vezes mais prevalente nas mulheres que nos homens. Porém, nas crianças a causa desta diferença de géneros não é clara (APA, 2002).

Actualmente, a incidência da depressão é constantemente ascendente (Schotte et al., 2006). Vários estudos sugerem uma incidência crescente da depressão nos grupos

etários mais jovens, entre os 7 e os 17 anos, apresentando uma prevalência entre 0,5% a 2,5%. A depressão é nitidamente mais frequente nos adolescentes do que nas crianças mais novas, com uma prevalência média de 3% a 4% neste período (Baldwin & Birtwistle, 2002). Já há dez anos, esta patologia era considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) como a doença do século e um problema grave de saúde pública. Neste sentido, prevê-se que 121 milhões de pessoas em todo o mundo sofram desta doença mental.

Na Europa, de entre 870 milhões de pessoas, considerou-se que aproximadamente 100 milhões sofrem de depressão. Assim, a depressão é a responsável por 6,2% da morbilidade na região europeia da OMS (2002). Porém, não obstante à sua pertinência e importância, em Portugal é escassa investigação em saúde mental e epidemiologia psiquiátrica. Os dados mais objectivos foram revelados pelo 3º censo psiquiátrico (Bento, Carreira & Heitor, 2001), onde se constata que as depressões foram o segundo tipo de patologias mais frequentes (14,9%), sendo esta reconhecida, pelo plano nacional de saúde 2004-2010 (PNS, 2004), como um problema fundamental de saúde pública. Deste modo, em Portugal Bento, Carreira e Heitor (2001), verificaram que a depressão era a segunda patologia mais frequente. Cerca de 14,9% (N=2525) dos casos de consultas, internamentos, e urgências em instituições públicas e privadas, quer no continente quer nas regiões autónomas apresentam uma prevalência e incidência tão significativa como os estudos nacionais e internacionais demonstram.

Contudo, o panorama futuro não parece animador. Em 2020 passará a ser a segunda maior causa de morte por doença em todo o mundo, sendo que actualmente, cerca de 16% da população mundial já teve uma depressão pelo menos uma vez na vida.

Importa ainda neste capítulo abordar alguns modelos teóricos da depressão que podem ser importante na compreensão da patologia e das vicissitudes que a acompanham.

1.5. Modelos Teóricos da Depressão

Neste ponto abordaremos os aspectos essenciais dos modelos conceptuais da depressão. Neste estudo optou-se por salientar a perspectiva cognitiva, o modelo comportamental, a abordagem psicanalítica e o modelo bioquímico.

1.5.1. Modelo Cognitivo

Um dos modelos que procura explicar a génese da depressão é o modelo cognitivo. Este modelo impõe uma grande importância às cognições no aparecimento e manutenção de condutas disfuncionais. Este modelo assenta no modelo de processamento da informação do psiquiatra americano Aaron Beck (Cruvinel & Boruchovich, 2003).

De acordo com Beck (1997), a cognição é o factor que determina a depressão. Segundo o autor, o transtorno cognitivo é a base primária da patologia e os pensamentos negativos são o factor inicial da sintomatologia. Beck afirma que existem três processos cognitivos específicos para explicar a etiologia da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e os erros cognitivos (Bahls, 1999).

A tríade cognitiva do indivíduo deprimido refere-se a uma visão extremamente negativa e deformada de si próprio, do mundo e do futuro. Esta visão negativa influencia a visão de si próprio e do mundo (Beck, 1997). O autor refere que há correlações negativas de si próprio na maioria dos deprimidos. Esta abordagem aborda ainda os esquemas cognitivos disfuncionais, que são a forma sistemática como o indivíduo interpreta as situações, adequando-as à sua vida, analisando, avaliando, codificando, os estímulos do meio ambiente, de forma desenvolvendo interpretações estáveis e coerentes da sua experiência. Estes esquemas cognitivos depressivos são constituídos por padrões de pensamento negativo encontrados na forma como o indivíduo vê o mundo (Beck, 1997). Na organização estrutural do indivíduo deprimido, os padrões estáveis, que servem de base para transformar os dados em cognições, encontram-se disfuncionais, gerando percepções distorcidas da realidade que activam sintomas depressivos (Goldrajch, 1996). O indivíduo depressivo perde uma grande parte do controle dos seus pensamentos e acha que não tem condições de utilizar outros esquemas que se adaptam melhor às situações. À medida que a depressão se intensifica, o pensamento se torna mais automático. Deste modo, o indivíduo pode vir a ser dominado pelos esquemas disfuncionais, ficando a organização cognitiva autónoma e independente de factores externos (Ito, 1997). De acordo com Burns (1980, cit. in Bahls, 1999), os principais erros cognitivos são: absolutismo, ou pensamento dicotómico, supergeneralização, abstracção selectiva, desqualificação, magnificação e minimização, sensação de obrigação, raciocínio emocional, rotulações, personalização e má interpretação de si próprio. No modelo cognitivo da depressão, os erros cognitivos

são distorções que acontecem no processamento das informações, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativos. Estes são erros sistemáticos que reforçam a crença do indivíduo nos seus conceitos depressivos. Esses pensamentos ocorrem automaticamente, parecendo claros e naturais ao sujeito depressivo (Beck, 1997).

Relativamente à auto-estima, essa assume um papel relevante na vulnerabilidade cognitiva em acontecimentos de vida negativos. A sociotropia e a autonomia, são factores de vulnerabilidade da personalidade cognitiva, sublinadas por Beck (1997). Posteriormente, criou-se o processo cognitivo na depressão, a par da tríade cognitiva, dos erros lógicos e dos esquemas cognitivos (Mahoney, 1991). De acordo com Mahoney (1991), estas dimensões são características de personalidade e estabelecem dois pólos contínuos. Num dos extremos temos a sociotropia. Esta é representada por indivíduos que atribuem um valor elevado às relações interpessoais, julgando-se a si próprio em função do afecto e através da aceitação manifestada pelos outros. Aqui existe o predomínio da necessidade de aceitação, de suporte social, de intimidade, compreensão, prestígio e estatuto social, sendo sensíveis a acontecimentos de vida que aumentam a satisfação destas necessidades. No outro extremo, temos a autonomia. Esta é representada por pessoas com tendências a investir na sua independência, liberdade de acção, privacidade, direitos pessoais e autodeterminação. Estes indivíduos são sensíveis a acontecimentos de vida que se opõem à sua expressão pessoal, à sua capacidade física ou aos seus planos (Mahoney, 1991).

Beck (1997) refere que a depressão é uma resposta contraditória à natureza humana. Segundo o autor, o indivíduo vive sobre a influência do princípio da busca do prazer e da fuga à dor. Supostamente, este procura situações e actividades geradoras de satisfação e evita as que lhe causam incomodo ou sofrimento – este é um princípio que o sujeito deprimido tende a contrariar. Por outro lado, em termos evolucionários, espera-se que o comportamento do sujeito se desenvolva no sentido de uma vivência saudável, gerando novas gerações e estando em desacordo com a satisfação de necessidades básicas como o sono ou o apetite (Beck, 1997).

1.5.2. Modelo Comportamental

Outra abordagem que procura explicar a génese da depressão é o modelo comportamental. Este dá importância à aprendizagem e às interacções com o ambiente. A depressão, de acordo com essa perspectiva, é vista como uma consequência da

diminuição de comportamentos adaptados, tais como o contacto social e o interesse pelas actividades e pelas pessoas, o que por sua vez, resultaria num aumento da frequência de comportamentos de rejeição e fuga de estímulos eversivos como a tristeza e o choro (Cruvinel & Boruchovich, 2003). De acordo com essa teoria, a obtenção de comportamentos depressivos ocorre através da aprendizagem, por meio de mecanismos do condicionamento operante de skinner (1953, cit. por Chabrol, 1990). Segundo Skinner (1953, cit. por Chabrol, 1990), a depressão deriva da interrupção de comportamentos que eram mantidos por reforços sociais positivos (processo de extinção).

Este modelo refere que o comportamento é adquirido, mantido ou extinguido, através das consequências que são como reforço ou punição (Quartilho, 2003). Skinner considerou que a depressão era o resultado emocional da interrupção do reforço de extinção (Todorov, 1982). De acordo com a teoria da aprendizagem, o indivíduo deprimido manifesta comportamentos que desencadeiam reforços positivos contribuindo para a exibição de respostas depressivas (Quartilho, 2003). Deste modo, o objectivo principal do modelo comportamental na depressão implica o aumento do reforço positivo que o indivíduo deprimido recebe (Caballo, 2003).

Seligman (1977, cit. por Quartilho, 2003) passou a desenvolver este modelo, considerando-o um paradigma explicativo da depressão. Segundo o autor, quando um indivíduo se vê numa situação com condições repetidas de incontrolabilidade sobre os resultados que o meio origina sobre si, aprende com as respostas que produz, pois, não existe qualquer relação com o reforço obtido ou com a falta do reforço. Desta forma, a representação cognitiva leva à expectativa de que o reforço e o comportamento são considerados autónomos (Vaz-Serra, 1990). Assim, o indivíduo diminui o número de respostas, a sua aprendizagem posterior é afectada e surge o sentimento de medo em produzir comportamentos. Instaura-se a inibição da aprendizagem, a falta de interesses, a perda de apetite e uma coerência geral com o comportamento deprimido.

Segundo Quartilho (2003), este modelo é limitado, sobretudo na explicação de alguns fenómenos da depressão, tal como a baixa auto-estima. Deste modo, foram promovidas algumas alterações que aproximaram o modelo comportamental do modelo cognitivo, fazendo-se socorrer do seu carácter complementar.

Procedemos de seguida ao esclarecimento do modelo psicanalítico.

1.5.3. Modelo Psicanalítico

O modelo psicanalítico das perturbações mentais surgiu com Freud, criador da psicanálise. Neste modelo é realçada a importância dos processos intrapsíquicos no desenvolvimento da depressão. Deste modo, esta poderia ser considerada como uma falha na evolução do processo de elaboração normal do luto e da perda (Mendels, 1972, cit. in Cruvinel & Boruchovitch, 2003). Freud (1917, cit. in Cruvinel & Boruchovitch, 2003), no estudo sobre a diferença entre o sofrimento e a depressão, revelou que no sofrimento, o mundo torna-se vazio e pobre, não há uma quebra da auto-estima e a perda é consciente. Na melancolia, o processo é inverso, há uma redução na auto-estima, a perda é inconsciente e é o próprio ego do indivíduo que se esvazia e empobrece.

De acordo com Freud, o modelo psicanalítico também caracteriza o percurso evolutivo do ser humano de acordo com um conjunto de fases do desenvolvimento psico-sexual, tais como: fase oral, fase anal, fase fálica, fase de latência e fase genital. Com base nesta teoria, os indivíduos depressivos experienciam um processo de fixação numa fase precoce do seu desenvolvimento libidinoso, mais concretamente na fase oral secundária, que corresponde a uma fase de agressividade em que surgem comportamentos de destruição como morder (Freud, 1917, cit. in Cruvinel & Boruchovitch, 2003).

Ainda segundo o modelo psicanalítico, o psíquico seria composto por três instâncias fundamentais: o id, o ego e o super-ego. Na depressão, o ego, através dos mecanismos de defesa incorpora, introjecta ou absorve o objecto desejado, real ou imaginariamente perdido, enquanto que, no indivíduo normal, o ego se separa do objecto introjectado através de recordações (Bleichmar, 1983, cit. in Teixeira, 2005). A repressão dos instintos agressivos, imposta pelo ambiente social externo e pela coação interna do super-ego, em certos casos, cria uma transformação de sintomas (Doron & Parot, 2001). Este sofrimento depressivo é o efeito de uma agressividade auto-dirigida, numa tentativa de destruir o objecto introjectado – como se fosse um desejo de sofrer (Beck, 1999). De acordo com Melanie Klein, a agressividade da pessoa pode gerar culpa. Tal acontece quando o indivíduo sabe que está agredindo “um objecto total”, que possui aspectos bons e maus, podendo sentir-se culpado e responsabilizado pelo facto. Esta culpa, pela conduta agressiva, pode desencadear uma depressão.

Deste modo, e de acordo com o modelo psicanalítico, o indivíduo é portador de uma constituição ambivalente, que determina o seu modo de vivência com sentimentos contraditórios relativos ao mesmo objecto, que gosta ou odeia, ou simultaneamente deseja e repulsa, que quer e não quer. Este tipo de constituição gera conflitos intrapsíquicos e proporciona o desenvolvimento de patologias depressivas (Bahls, 1999). A propósito da psicopatologia do luto, Freud introduziu o conceito de perda do objecto, que posteriormente Mélanie Klein utilizou para definir o conceito de posição depressiva (Accoce, 1984).

A evolução da psicanálise deu origem às teorias dinâmicas, que foram caracterizando o quadro depressivo através de vários pontos de vista (Dorot & Parot, 2001). De acordo com Doron e Parot (2001), este quadro clínico é caracterizado por uma fase inicial de agitação, exigência e choro que vai sendo substituída por uma progressiva indiferença pelo ambiente, apatia, lentificação psicomotora, recusa de contacto, insónia, atraso do desenvolvimento e perda de peso. Os mesmos autores referem ainda que podem acontecer regressões em aprendizagens motoras ou cognitivas e ocorrer um aumento de vulnerabilidade às infecções.

Depois do aparecimento da teoria psicanalítica de Freud, os modelos explicativos da depressão prosseguiram com o conceito de perda, estando associado a experiências de rejeição social com uma consequente perda de auto-estima (Dorot & Parot, 2001).

Procede-se assim, para a explicação do modelo bioquímico.

1.5.4. Modelo Bioquímico

Actualmente, o modelo bioquímico da depressão é o mais defendido na comunidade científica e encontra-se ligado à psiquiatria biológica que defende que a depressão surge devido à diminuição do “sódio” no sistema nervoso central. Esta hipótese surgiu através da observação clínica de indivíduos deprimidos e da experimentação em laboratórios com animais (Bahls, 1999).

O modelo bioquímico estuda a depressão enquanto doença e dá importância à função dos factores neuroquímicos e endócrinos no aparecimento de sintomas depressivos. De acordo com a teoria neuroquímica, a depressão está relacionada com as alterações do metabolismo da serotonina, da noradrenalina e da dopamina. Esta é uma questão que tem sido abordada em relação à investigação relativamente às componentes

químicas na base da depressão, é a alteração da produção, do funcionamento ou da recaptação de alguns neuro-transmissores cerebrais particularmente da serotonina, dopamina e norepinefrina (Guz, 1990). Este facto originou o modelo das aminas biogénicas (Azevedo, Silva, Ferreira, Cesar & Clemente, 1994), revelando que a diminuição destas monoaminas cerebrais estabeleceria o factor etiopatogénico da psicologia depressiva. A serotonina e a e a noradrenalina têm tido uma elevada atenção por parte da investigação bioquímica, tendo um papel importante na explicação do quadro clínico, ou seja, depressões com défice de serotonina e outras em noradrenalina (Syvälahti, 1994).

Relativamente ao modelo endócrino, a depressão pode estar acompanhada por uma disfunção do sistema regulador endócrino, como o hipotireoidismo, que deriva de um funcionamento defeituoso da tiróide ou da extracção desta glândula devido à cirurgia – que é, quase sempre, seguida de alterações de humor. Outras mudanças neuroendócrinas que foram identificadas na depressão major são: o aumento ocasional da secreção de prolactina, a diminuição da secreção da hormona estimulante da tiróide (TSH) através da hipófise e a supressão da secreção de somatotrofina (Syvälahti, 1994).

Como forma de justificar a possível relação entre a depressão e os distúrbios endócrinos, observou-se que alguns dos sintomas e sinais dos distúrbios depressivos como alterações do apetite, sono, sede, e actividade autónoma, também se encontram nos quadros clínicos derivados a uma disfunção hipotalâmica (Syvälahti, 1994).

Segundo o modelo bioquímico, a depressão manifesta ter uma relação com as variáveis genéricas, ambientais e com a acção de ambas. Deste modo, a depressão pode brotar da alteração das condições electroquímicas basais do sistema nervoso central, responsáveis pelo equilíbrio do ser humano (Guz, 1990).

Como relata Guz (1990), uma das mais remotas hipóteses bioquímicas da depressão está relacionada com a clássica medicina Grega, segundo a qual o transtorno funcional do fígado seria a causa dessa patologia – o aumento da bÍlis negra e as suas toxinas provocaria a melancolia.

Actualmente, existe uma grande diversidade nos estudos a nível das alterações bioquímicas envolvidas na depressão: uns associam-na à baixa concentração de certos neurotransmissores, enquanto outros salientam que a vulnerabilidade individual na depressão surge com desvios na motricidade pré e pós-sináptica dos neurotransmissores e na sua função (Guz, 1990).

2. Depressão na Criança

Este ponto procura realçar a depressão infantil de forma a compreender as vicissitudes em que se encerra e assim facilitar a compreensão do estudo a que nos propomos. De facto, a depressão infantil é um transtorno do humor capaz de influenciar o desenvolvimento da criança e interferir no processo de maturidade psicológica e social.

O estudo desta patologia na infância ganhou especial relevância nos últimos tempos, uma vez que se pensava que apenas os adultos a experienciavam. Assim, a depressão infantil, no âmbito do conhecimento científico, não era um tema relevante, pois acreditava-se que a depressão não afectava crianças e adolescentes, uma vez que esse grupo etário não possuía problemas vivenciais (Araújo et al., 2008).

Tendo em conta alguns estudos que preconizam que a depressão é considerada um problema sério em saúde mental pediátrica (Araújo et al., 2008), esta visão é contrariada por diversos autores do desenvolvimento infantil. Mesmo assim, investigadores de renome, como Spitz (1983) e Winnicott (1963) salientam a importância das relações de vinculação formadas na primeira infância para o desenvolvimento saudável da criança e posteriormente do adulto. Estes autores levantam a possibilidade de que eventuais falhas neste processo podendo indicar o aparecimento de dificuldades futuras como, por exemplo, as do transtorno depressivo.

Só na segunda metade deste século, a depressão infantil mereceu especial atenção por parte das ciências da saúde. Já em 1621, Robert Burton, revelou que a depressão na criança manifesta-se, por vezes, quando os pais que se ocupam de crianças e tendem a proceder mal quando são muito severos na sua educação onde constantemente ameaçam, criticam, repreendem, castigam e batem; pois as crianças, sentem-se de tal maneira diminuídas que já mais tendem a ter coragem, alegria ou qualquer prazer no que quer que seja (Coimbra de Matos, 2001).

Shafii e Shafii (1995), referem que a depressão infantil pode ser vista de três modos: como sinal, como sintoma e como transtorno. Segundo os mesmos, a depressão apresentada como sinal, ocorre quando aparecem expressões faciais tristes e a redução das funções corporais da criança. Esta patologia é vista como sintoma quando interfere na adaptação da criança e no seu bem-estar. E, finalmente, a depressão pode ser efectivamente considerada como transtorno, existindo diferenças e semelhanças com a sua circunstância homóloga ao nível dos adultos (Shafii & Shafii, 1995).

As manifestações da depressão na infância variam em função da idade do indivíduo. Quanto mais nova é a criança, mais a depressão se revela por intermédio do corpo (Clerget, 2001). Na criança com idade escolar, a patologia depressiva caminha para o aparecimento de falta de confiança em si e um sentimento de inferioridade (Ainsworth, 2000). Por outro lado, de acordo com a vertente psicanalítica, a criança que resolveu o seu complexo de Édipo faz a escolha de um modelo que deseja conformar-se (Clerget, 2001). Deste modo, os sentimentos amorosos e hostis organizam-se, as tensões psíquicas atenuam-se. Assim, a criança toma consciência do seu corpo, que não está ainda à altura das suas ambições, devendo esperar pela puberdade para se afirmar fisicamente. Esta desordem amorosa dá lugar à ordem escolar e social (Clerget, 2001). Segundo Clerget (2001), a criança entra num estado de latência - aqui está o que não é aparente, ou seja, o que não se manifesta exteriormente. Durante esta fase, as pulsões (o conjunto dos desejos amorosos e hostis) sentidas durante o complexo de Édipo não desapareceram da criança, encontrando-se domesticadas, permitindo assim a aprendizagem social e escolar. Tudo se passa como se a energia desenvolvida durante o período edipiano fosse reinvestida nas aprendizagens (Clerget, 2001). Na mesma linha, Clerget (2001), salienta que a iminência da desordem social surge a sintomatologia depressiva.

De facto, a infância é geralmente um período de aprendizagem, de desenvolvimento e de crescimento, bem como de descoberta de oportunidades e desafios da vida. Em cada estágio de desenvolvimento existe um padrão de desenvolvimento saudável associado a características normais. Assim, a depressão, ao manifestar-se neste período, pode atrasar o desenvolvimento da criança (Gay & Vogels, 1999).

De seguida enunciaremos a evolução desta patologia na infância.

2.1. Curso da Depressão na Infância

Para compreender os seus sintomas e a sua evolução é fundamental estudar a depressão na infância segundo a perspectiva da psicologia do desenvolvimento. Assim, é comum que o quadro depressivo esteja relacionado com a perda de algumas funções e capacidades evolutivas já adquiridas pela criança e que possa permitir que esta se comporte como em etapas mais precoces do seu desenvolvimento. Isto significa que a criança depressiva geralmente manifesta condutas regressivas para a sua idade.

Normalmente, a depressão na infância surge por volta dos nove anos, e o aparecimento do primeiro episódio, comumente tem uma duração em média 5 a 9 meses, com 70% de probabilidade de recaída em 5 anos (Hazell, 2002), Geralmente, após a recuperação, existe uma certa deterioração psicossocial (Bahls, 2002) e, quanto mais precoce for o aparecimento da doença, maior será o seu prejuízo, causando um impacto mais severo na criança do que em adultos (Rohde, Lewinsohn & Sceley, 1994). Neste sentido, cerca de 74% dos casos apresentam melhorias significativas num período de um ano, e 92% recuperam num período de dois anos. No entanto, a maior parte dos autores é unânime quando afirma que, mesmo após a recuperação, permanecem danos psicossociais; e quanto mais precoce for o aparecimento da patologia maior será o seu prejuízo, como se pode confirmar na pesquisa de Rohde (Bahls, 2002). Por outro lado, o mesmo não se verifica no DSM-IV-TR (APA, 2002), os dados de prevalência do transtorno depressivo na infância e na adolescência não são unânimes entre os vários autores, devido à diversidade de locais onde os estudos são realizados e das populações observadas.

De facto, o carácter longitudinal da depressão na criança é hoje em dia, tema central de diversos estudos. Segundo o estudo de Kessler e Walters (1998), em pesquisas longitudinais no EUA e na Inglaterra, foram encontradas taxas de ocorrência de depressão infantil com valores compreendidos entre os 60% e os 74%. Deste modo, considera-se que a criança depressiva corre o risco de ter esta patologia até à idade adulta, apresentando uma elevada vulnerabilidade a uma variedade de transtornos depressivos. Outros autores consideram o aparecimento de um episódio depressivo major na infância, como sendo o antecedente de transtornos bipolares futuros. No entanto ainda faltam evidências seguras dessa relação (Olsson & Knorrning, 1999).

Existe ainda uma diversidade de factores que desencadeiam a depressão, tais como o seu início precoce, a ocorrência de inúmeros episódios anteriores, a gravidade do ou dos episódios, a presença de sintomas psicóticos, a presença de stressores, a comorbilidade especialmente distímica e a falta de adesão ao tratamento (Bahls, 2002).

Importa ainda contemplar clinicamente o conceito de depressão face ao contexto da idade pré-escolar.

2.2. Apresentação Clínica em Idade Escolar

Apesar dos principais sistemas de classificação de transtornos mentais, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2002) e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10, 1993), utilizarem os mesmos critérios diagnósticos para os transtornos depressivos em crianças, adolescentes e adultos, estes manuais não são adaptados para a infância e adolescência, já que existem muitas diferenças em relação às manifestações clínicas em cada uma dessas fases. Deve ser salientado que a maioria dos autores nessa área cita que os sintomas, como os somáticos e psicológicos das depressões, diferem consoante a idade, destacando a importância do processo de amadurecimento das diferentes fases do desenvolvimento nos sintomas e comportamentos depressivos, existindo uma caracterização sintomatológica predominante por cada faixa etária (Bahls, 2002), e podendo haver uma substituição dos sintomas somáticos por sintomas psicológicos, mais específicos, à medida que a criança se vai desenvolvendo (Bandim, Sougey, Carvalho, Barbosa & Fonseca, 1996).

Paralelamente à falta de ímpeto, por parte da comunidade científica, na dotação de real importância à depressão infantil, considera-se que existe um deficit considerável de diagnósticos efectivos da perturbação em crianças. Na demanda por solução a este paradigma, consideramos, talvez, que este deficit resulta da falta de capacidade, por parte dessas crianças, em expressar verbalmente os seus sentimentos. No entanto, apesar de não terem capacidade para verbalizar os seus sentimentos, a sua aparência depressiva deve ser suficiente para justificar o possível diagnóstico clínico de depressão (Cruvinel & Boruchovich, 2009), dado que uma criança que apresente depressão moderada ou grave, manifesta claramente uma tristeza e infelicidade; bem como uma apatia emocional. Estas expressam sorrisos breves, rapidamente substituídos por um olhar desinteressado (Bahls, 2002).

Deste modo, e segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2002), para se distinguir uma criança infeliz de uma criança deprimida, pode-se atentar à duração do seu estado deprimido – de longa duração numa depressão diagnosticada. Assim, relativamente aos tipos de transtornos avaliados em crianças pré-escolares envolvem pré-diagnósticos de impaciência, rebeldia, comportamentos perturbadores nas salas de aula, agressividade, retraimento, infelicidade e também de diminuição da criatividade, da iniciativa e da compreensão (Lazzarin, Brito, Neto, Andrade & Boaventur, 2009).

Tal como na depressão da adolescência e da idade adulta, a criança pode apresentar ainda transtornos depressivos quando apresenta humor deprimido, perda de interesse ou prazer, perda ou ganho de peso, insónia ou hipersónia, agitação ou lentidão psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade, de culpa excessiva e falta de concentração (APA, 2002). Saliente-se ainda, que a distímia pode iniciar-se como uma fase anormal na infância. Nestes caso, a própria criança apresenta-se como sendo diferente, problemática, mal-humorada e sentindo-se constantemente rejeitado pelos amigos. Nesta fase a incidência é igual para ambos os géneros (APA, 2002).

Son e Kirchner (2000) referem que, na maioria das crianças, a depressão é atípica, podendo apresentar sintomas comuns próprios da patologia como tristeza a ansiedade, expectativas pessimistas, mudanças nos hábitos e no sono ou, por outro lado, problemas físicos como dores inespecíficas, fraqueza, tonturas, mal-estar geral que não se enquadram no tratamento habitual. As crianças com depressão atípica ocultam os sentimentos depressivos através da irritabilidade, da agressividade, hiperactividade e rebeldia. Já Spitz, em 1979, referiu que a depressão na criança é caracterizada por uma rigidez facial, apresentando um olhar distante, inexpressivo e reagindo constantemente com choro agressivo e gritos (Pires, 2004).

De acordo com Pires (2004), a depressão infantil deriva de muitos fragmentos, assim como os equivalentes depressivos que podem representar certas alterações, como: perturbações de sono e alimentação, esfínterianas, somáticas, perturbações de aprendizagem escolar e perturbações do comportamento.

De facto, nas crianças em idades escolares, o humor depressivo já pode ser verbalizado através uma aparência de choro fácil, apatia, fadiga, isolamento, incapacidade em se divertir (anedonia), declínio ou fraco desempenho escolar, apresenta ainda sintomas de ansiedade associados ao quadro de humor, como, ansiedade de separação, fobias ou medo de morrer, sendo a queda no rendimento escolar, um dos primeiros sinais indicadores do possível aparecimento da depressão em crianças (Bahls, 2002). O autor acrescenta que também podem ser identificados sinais como: concentração fraca, queixas somáticas, perda de peso, e sintomas psicóticos congruentes com o humor. É comum a criança não ter amigos, dizer que os colegas não gostam dela ou apresentar um apego exclusivo ou excessivo a animais. Deste modo, o aparecimento de dores corporais sobretudo abdominais, mesmo não havendo qualquer lesão perceptível, é também, uma forma frequente de queixas corporais nessa etapa (Clerget,

2001). Segundo o mesmo autor, pode haver o aparecimento de uma regressão no desenvolvimento psicomotor, sendo notória no seu comportamento.

Ao longo do desenvolvimento da criança, os problemas afectivos são cada vez mais psicológicos e as queixas físicas são substituídas pelos problemas de comportamento (Clerget, 2001). Será prudente, pois, desenvolver alguns dos sintomas mais presentes na depressão infantil e o modo como esta é auto percebida pelas crianças. Normalmente, a descrição feita por estas crianças acerca de si próprias é muito negativa (Clerget, 2001).

Assim, a complexa interacção entre os sintomas psicossomáticos e os sentimentos depressivos, muitas vezes desencadeia dificuldades educacionais, aprendizagem, crescimento e divertimento da criança. As crianças deprimidas geralmente são incapazes de descrever o que fazem para se divertir, pois estas actividades não são acompanhadas pelo sentimento de expectativa ou prazer. Estas crianças são apáticas e indiferentes às actividades lúdicas próprias da sua idade. De facto, as crianças deprimidas resistem às oportunidades de brincar ou de se relacionar com outros, afirmando que têm amigos, mas que não gostam deles (Spanemberg & Juruema, 2004). Já as crianças com depressão branda, podem desejar ter relacionamentos sociais, recorrendo a animais ou objectos substitutos (Spanemberg & Juruema, 2004). Quanto a crianças diagnosticadas com depressões mais graves, estas não procuram, por norma, amigos (Spanemberg & Juruema, 2004). Segundo os autores posteriores, as crianças com fadiga, para além de se sentirem cansadas, quando se sentam, apresentam uma postura curvada, olhando para o chão. Em geral, são também consideradas hipoactivas, podendo apresentar uma fala monótona, vagarosa e sem expressão, respondendo com monossílabos. Porém, apesar de se sentirem cansadas, podem muitas vezes ter dificuldade em dormir.

No que concerne à alimentação, os pais normalmente repreendem as crianças que não se alimentam bem, o que parece justificar o silêncio das crianças a cerca da sua própria perda de apetite. Há, não obstante este silêncio, um notório desinteresse pela comida e uma perda de peso gradual na criança deprimida. Como reacção ao sistema depressivo, para além dos sintomas descritos, as crianças desenvolvem mecanismos diferentes como a Fuga e a agressão (Spanemberg & Juruema, 2004). A fuga, estabelecesse geralmente através de uma frequência escolar deficiente, recorrentes problemas psicossociais ou até mesmo a fuga de casa. É um comportamento que pode estar associado a uma retracção social e à falta de contacto com amigos.

Conforme Spanemberg e Juruema (2004), todos os sentimentos relatados devem ser considerados indicadores dos sentimentos subjacentes de uma criança deprimida, particularmente quando há mudanças visíveis no seu estado de espírito, comportamento ou funções. Muitas vezes, a mudança pode ser particularmente dramática após eventos importantes, como a separação parental ou a morte de uma pessoa importante. A observação cuidada e atenta à mudança permite perceber a variação no padrão anterior do comportamento da criança e compara-la no seu funcionamento actual.

Neste sentido, não devemos considerar a presença desta patologia se nenhum indicador isolado constitui um diagnóstico de depressão infantil. Mas, quando diversos sintomas estão reunidos e associados a importantes eventos externos que mudam a sua vida, devemos considerar a alta probabilidade de nos encontrarmos na presença de depressão (Spanemberg & Juruema, 2004).

De seguida, serão desenvolvidos com mais pormenor, os factores que desencadeiam a depressão na infância.

2.3. Factores de Risco

Ao longo do desenvolvimento da criança verifica-se uma variedade de factores que podem potencialmente marcar nefastamente este grupo etário. Assim, o aparecimento da depressão na criança pode também estar associado a um conjunto complexo de factores sociais, psicológicos e biológicos.

2.3.1. Factores Sociais

Nesta etapa do desenvolvimento humano, o aparecimento de perturbações depressivas parece estar associado a um conjunto de factores sociais, tais como o ambiente familiar, o papel dos pais e o ambiente escolar e Sócio-demográfico.

A família é o núcleo primário do desenvolvimento da criança (Melchert & Sayger, 1998). Neste sentido, a presença de dificuldades na dinâmica familiar deve ser considerada um factor de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Por outro lado, o contexto familiar, onde existem relações saudáveis entre os membros e apoio afectivo, pode contribuir para o amadurecimento, crescimento e desenvolvimento saudável na criança (Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

Segundo Nemeroff, Bremner, Foa, Mayberg, North e Stein (2006), o facto de existirem crianças que experienciam trocas de papéis (crianças obrigadas a serem adultos), pode contribuir para o aparecimento da patologia depressiva. No entanto, a falta de clareza, de regras disciplinares ou supervisão são outros dos factores que, em interacção nos contextos onde a criança se desenvolve, são geralmente preditores da patologia (Sroufe, Duggal, weinfeld & Carlson, 2000). Porém, um ambiente familiar onde imperem condutas parentais inadequadas ou até mesmo a presença da psicopatologia num dos progenitores, pode desencadear o aparecimento de problemas depressivos na criança.

Contudo, há que ter em conta que um acontecimento normal, como a mudança de escola ou de casa pode provocar na criança medos e angústias, apesar de estes serem, para muitos pais, acontecimentos normais. Deste modo, e segundo Lara, Klein e Karen (2000), o bem-estar do filho e um ambiente de confiança na criança contribui para ultrapassar dificuldades. Torna-se também imprescindível falar acerca do papel crucial da vinculação, pois, havendo uma vinculação segura na criança, esta poderá explorar saudavelmente o seu mundo externo e a si própria.

Neste sentido, tanto o interesse, como o envolvimento educacional que os pais têm em relação aos filhos, têm um impacto em termos do seu sucesso escolar e humor depressivo (Schoon, 2006), isto é, as crianças cujos pais mostram pouco ou nenhum interesse pela sua educação, atingem uma média mais baixa no seu rendimento escolar do que as crianças com pais que mostram interesse. Deste modo, os pais têm, por isso, um papel na modelação dos comportamentos escolares que condicionam o sucesso escolar (Schoon, 2006) e, por sua vez, quanto pior o desempenho escolar dos filhos, maior o numero de sintomas depressivos apresentados (Fonseca, 2002).

Relativamente ao ambiente escolar, o bullying e a rejeição pelos pares podem também desencadear um distúrbio depressivo na criança, podendo manifestar-se no seu comportamento. (Fonseca, 2002). Segundo o autor precedente, uma das características da criança depressiva é a apresentação de uma auto-estima baixa.

De seguida, apresentaremos mais um conjunto de agentes que podem igualmente influenciar a depressão infantil, os factores Psicológicos.

2.3.2. Factores Psicológicos

O aparecimento da depressão na infância pode estar associado a um conjunto complexo de factores psicológicos, tais como: a presença de ansiedade no dia-a-dia, o défice de competências sociais e a presença de auto-controlo. Deste modo, considera-se a ansiedade, um dos sintomas do quadro depressivo, que se manifesta mais nas crianças escolares, do que na puberdade. É um medo que alguma coisa aconteça de terrível a todo o momento, é um sentimento crónico de insegurança (Clerget, 2001). Assim, Nemeroff et al. (2006), consideram que os agentes ansiogénicos, quer positivos, quer negativos, podem desencadear problemas depressivos. O mesmo acontece nas crianças. Estas, mais do que os adultos, sofrem constantemente de ansiedade provocada por tudo o que as rodeia, como na escola, as notas, as relações com os pais e restantes membros familiares, as relações de amizade, entre outros. Além disso, o próprio crescimento natural torna-se ansioso e conflituoso. De acordo com o mesmo autor, a ansiedade desencadeia, tanto a depressão, como contribui para o aumento da ansiedade. Isto acontece porque, quando a criança se apercebe que algo não está bem à sua volta, seja em casa ou na escola, entra em desespero, podendo despoletar crises ansiogénicas e subsequentes sintomas depressivos. Assim, e ainda segundo Nemeroff et al., (2006), na presença de um agente ansioso, a criança pode desencadear sintomas depressivos pelo facto de não saber lidar com este conflito.

Quanto ao deficit de competências sociais, normalmente, as crianças deprimidas não possuem capacidades suficientes para retirar reforços positivos do ambiente. Habitualmente, estas crianças são menos populares socialmente. No entanto, é relevante referir que não é evidente a relação entre a incapacidade social e a depressão (Clerget, 2001).

A função dos progenitores é tomar atenção a qualquer alteração repentina do comportamento e do humor na criança, atentando a alterações que se prolonguem por um período superior a duas semanas sem uma causa específica, procurando ajuda especializada, se necessário. (Oliveira, 2002). É de extrema importância realçar que o estilo de tomada de decisão dos progenitores, quando não é adequado, tende a aumentar a vulnerabilidade à psicopatologia depressiva (Lara, Klein & Karen, 2000), principalmente quando os pais têm comportamentos sistemáticos que caracterizam um padrão de interacção negativo com os filhos (Oliveira, 2002).

No que concerne ao auto-controlo, este é a capacidade que a criança possui em esforçar-se no cumprimento das tarefas lhe são impostas. Contudo, quando deprimidas, as crianças têm muita dificuldade em cumprir tarefas, quer sejam de curta ou de longa duração. Além disso, estas crianças apresentam um deficit no auto-esforço (Clerget, 2001). No entanto, estas podem superar essa limitação através do uso de estímulos e estruturação de tarefas.

Seguidamente, apresentaremos factores de extrema importância nas nossas considerações acerca da depressão infantil – os factores Biológicos.

2.3.3. Factores Biológicos

O processo de desenvolvimento pode ser afectado por factores biológicos que podem despertar um humor depressivo na criança, como a hereditariedade e a presença de alterações hormonais. A hereditariedade revela-se como um dos factores biológicos mais relevantes no estudo da depressão infantil. Os filhos de pais afectivamente doentes ou com parentes adultos com transtornos afectivos, revelam muitas vezes os mesmos sintomas que os seus familiares (Sroufe et al., 2000). Deste modo, crianças cujos pais, ou apenas um dos pais, apresentem uma perturbação depressiva, têm maior probabilidade de desenvolverem a mesma patologia. Segundo Sroufe et al. (2000), as crianças que têm os dois progenitores com doença depressiva, têm quatro vezes mais a probabilidade de ter uma perturbação depressiva do que crianças com pais sem esta patologia. Deste modo, a depressão infantil em crianças é 1,5 a 3 vezes mais comum quando um dos progenitores possuem esta patologia, em relação à população em geral (APA, 2002).

Relativamente, às alterações hormonais, as crianças com sintomatologia depressiva possuem uma diminuição de hormonas de crescimento durante o sono (Clerget, 2001). Deste modo, e de acordo com mesmo autor, através da realização do teste de estímulo de insulina, que avalia a libertação da hormona de crescimento, tornou-se evidente que as crianças que se encontram num estado depressivo apresentam uma menor produção de hormonas de crescimento. Esta insuficiência, por norma, desaparece após tratamentos farmacológicos. Salienta-se também que é rara a depressão que não esteja acompanhada de problemas de sono em qualquer idade (Clerget, 2001). Actualmente, ainda não existe dados concretos para que se possa provar, que esta

anomalia na hormona de crescimento possa ser um contributo para o aparecimento de depressão, após a ocorrência de um episódio depressivo (Sroufe et al., 2000).

2.3.4. Factores Sócio-demográficos

Os factores Sócio-demográficos são também considerados factores angariadores do desenvolvimento da depressão. De entre os mais relevantes, destacamos a idade, género e a baixa escolaridade e estatuto sócio-económico dos pais (Schoon, 2006). Estes são caracterizados como indicadores socioculturais, implicando problemas nas relações afectivas da criança, nos seus valores, atitudes e crenças, interferindo no seu desenvolvimento e na rede de suporte social (Harrington, Rutter & Fombonne, 1996; Anselmi, Piccinini, Barros & Lopes, 2004).

Durante o desenvolvimento da criança, a separação ou abandono de um ou ambos os pais, o aparecimento de doenças num dos progenitores, a mudança de moradia, a presença de problemas maternos de saúde mental, o nascimento de irmãos, e o mau relacionamento familiar ou experiência de violência são factores associados que têm uma correlação directa com o aparecimento da condição depressiva (Goodyer, 2001). Esse tipo de experiências de vida associada ou concomitante podem representar como sendo acontecimentos de vida stressantes, que, ao relacionarmos com desafios conduzidos pela adolescência e outras vulnerabilidades, conduzem para a manifestação de sintomas depressivos. Neste sentido, este tipo de experiências mostram que as características individuais da criança são independentemente associadas ao transtorno. Entre estas diversas características individuais, podemos dar especial relevo à timidez, à pouca sociabilidade, à baixa competência social, dificuldade de resolução de problemas e distorções cognitivas (negativas) na visão do mundo, de si e do futuro (Goodyer, 2001; Lewinsohn, Gotlib & Seeley, 1997; Downey & Walker, 1992). Estas características colocam a criança num ciclo difícil de “quebrar”, afectando as suas relações e a acreditar nas suas crenças distorcidas.

Transversalmente, a relação vivida pela criança com o seu cuidador nos anos iniciais da vida, tende a revelar um mecanismo determinante na transmissão intergeracional da depressão, na capacidade de resolução de problemas, na regulação das emoções e na formação da auto-estima (Goodyer, 2001).

Ao considerarmos a idade e o género como factores sócio-demográficos, notamos não existir uma idade concreta para o aparecimento desta patologia

(Ainsworth, 2000). De acordo com um estudo realizado na Austrália com crianças, verificou-se que 2,9 % eram meninas e 3,7% eram meninos com idades entre os 6 e os 12 anos de idade, durante a fase de latência o aparecimento não varia significativamente em relação ao género, podendo haver uma diferença significativa a partir da adolescência (Ainsworth, 2000).

Quanto ao estrato sócio-económico, este está possivelmente mais associado a estilos demográficos na família de origem e à existência de envolvimento afectivo parental, e negativamente associado a um estilo autocrático e abuso físico parental. Desta forma, as crianças inseridas num meio sócio-económico mais baixo têm maior probabilidade de as crianças sofrerem de depressão (Springer, Sheridan, Kuo & Carnes, 2003). A falta de recursos económicos pode levar ao stress familiar que afecta simultaneamente as crianças, como a falta de comida, roupa, higiene e educação (Bifulco & Moran, 1998).

Importa ainda contemplar a epidemiologia que a depressão pode tomar na criança, podendo ser importante na compreensão da patologia e das vicissitudes que a acompanham.

2.4. Epidemiologia das Perturbações Depressivas na Infância

Considera-se fundamental esclarecer, para além do conceito de depressão infantil, as estatísticas que o retratam e que nos fazem ter um olhar preocupado para a temática em questão. Assim, e alicerçados no exposto, podemos adiantar que a prevalência de sintomatologia depressiva em crianças varia muito. Esta variação tem origem nas diferentes amostras estudadas, nos diferentes tamanhos da amostra e nas características associadas. Contudo, no panorama mundial da população infantil, conseguimos averiguar que as taxas de depressão variam entre 4% a 10% (Zavaschi & colaboradores, 2002; Bahls, 2002; Marcelli, 2005).

Relativamente à representação epidemiológica, continuamos a ter uma carência de estudos epidemiológicos sobre a sintomatologia depressiva na infância em Portugal. O estudo de Cardoso, Rodrigues e Vilar (2004), com 570 crianças com idades entre 12 e 17 anos, revelou uma prevalência de 11% de sintomas depressivos na população escolar. Ainda numa revisão sobre a epidemiologia das perturbações depressivas em crianças, Bahls (2002) encontrou o resultado da prevalência-ano para a depressão major, em crianças, variando entre 0,4% e 3,0%. Na infância, o risco de depressão é o mesmo

entre os diferentes géneros (Versani, Reis & Figueira, 2000). Além disso, segundo os mesmos autores, nos poucos estudos que existe sobre o transtorno distímico, existe uma prevalência da depressão infantil que varia entre 0,6% e 1,7%. Ainda em Portugal, verificou-se, num estudo realizado numa unidade de saúde por Passos e Machado (2002), que 128 crianças de uma amostra total de 995 crianças, eram portadoras de sintomatologia depressiva. Esta amostra clínica, corresponde a uma prevalência de estados depressivos de 13% sendo homogénea quanto ao género. Relativamente à idade, apurou-se uma percentagem significativa de 68,5% em idades entre os 11 e os 12 anos.

Um estudo realizado no Brasil verificou-se através de uma amostra de 345 crianças da pré-escola, uma média de idade entre 5 e 6 anos de ambos os géneros, através da escala de sintomatologia depressiva para professores (ESDM-P), onde foi encontrada uma prevalência de 3,9% de depressão nesta população infantil (Andriola & Cavalcante, 1999). No estudo de Fonseca, Ferreira e Fonseca (2005), realizaram um estudo no Brasil, com 519 crianças entre os 7 e os 13 anos, utilizando o instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva infantil (CDI), encontrou-se uma prevalência de 13,7% de sintomatologia depressiva, não encontrando diferenças significativas em relação ao género.

Outros estudos epidemiológicos realizados por Baptista e Golfeto (2000), verificaram através de uma amostra com 135 estudantes de 7 a 14 anos, também usando o CDI, uma baixa prevalência de sintomas depressivos (1,48%), que correspondeu a dois indivíduos da amostra total, ambos do sexo feminino. Em relação ao estudo epidemiológico realizado por Bahls (2002), numa escola pública com 463 estudantes do ensino fundamental e médio, com faixa etária entre 10 e 17 anos, verificou-se que 20,3% dos participantes apresentaram sintomas depressivos significativos, conforme avaliado pelo Inventário de Depressão Infantil (CDI). Houve diferença significativa entre os sintomas em relação ao género, com maior prevalência em meninas (72,3 %) e um levado pico de sintomas entre 12 e 15 anos.

Numa investigação realizada em Recife, através de uma amostra de 32 crianças em atendimento ambulatorial público de psiquiatria, com idades entre os 6 e os 14 anos os resultados evidenciaram uma prevalência de 12,5% para os distúrbios (Rocha, Ribeiro, Pereira, Aveiro & Silva, 2006). Ainda num outro estudo, através da aplicação do CDI, a prevalência de sintomatologia depressiva em crianças que frequentam escolas de rede particular de ensino foi de 42%, a amostra foi composta por 135 crianças entre

os 7 e os 14 anos. Assim sendo, a prevalência de sintomatologia encontrada neste estudo foi de 1,48% (Cunha, 2007).

Nos últimos 10 anos, de acordo com a Organização mundial da Saúde (OMS), o número de diagnósticos com perturbação de depressão em crianças entre 6 e 12 anos passou de 4,5% para 8%, o que representa um problema ascendente (Serrão, Klein & Gonçalves, 2007). Segundo a Organização Mundial de Saúde (APA, 2002), verificou-se que 20% das crianças apresentam sintomas da depressão.

3. Depressão em Crianças com Doenças Crónicas

A depressão parece estar também associada à presença de doenças crónicas sobretudo em crianças.

A doença crónica na infância pode ser vista como uma fonte geradora de depressão nas crianças (Boekaerts & Roder, 1999; Bradford, 1997). De acordo com Bradford (1997), apesar do desenvolvimento das tarefas realizadas pela criança com problemas de saúde serem as mesmas de crianças sem problemas de saúde, pode a doença causar sintomas depressivos. A resposta de uma criança com uma doença crónica depende de muitos factores. Segundo Heinzer (1998), deve-se considerar os seguintes factores, as limitações físicas e sociais que a doença causa, o diagnóstico precoce ou tardio, a gravidade, se a origem é genética, a idade, o género, a estrutura familiar, as habilitações de comunicação e solução de problemas.

Segundo diferentes investigadores que se preocupam com a depressão em crianças com doenças crónicas, referem que existe uma certa tendência destas crianças a apresentarem depressão quando se encontram na presença de uma doença crónica, mas ainda não são conhecidos os factores que predispõem que algumas crianças a desenvolvam e outros não (Bennet, 1994). Segundo Bennet (1994), as dificuldades e os transtornos psicológicos que estas crianças podem apresentar derivam das poucas oportunidades de socialização, à elevada dependência dos seus pais e da equipa de saúde, às dificuldades na aderência ao tratamento e às suas limitações físicas. No entanto, Burke e Elliot (1999) entendem a depressão em crianças cronicamente doentes como um stressor que aumenta a vulnerabilidade de outros stressores. Neste sentido, a depressão na infância é resultado da interacção entre: a vulnerabilidade da criança à depressão, incluindo vulnerabilidade biológica (predisposição genética para a depressão, humor e o género), vulnerabilidade afectiva/ cognitiva (baixa auto-estima, pensamento

negativo, *locus* de controlo externo), e vulnerabilidade comportamental/ social (apego inseguro e poucas relações sociais com outras crianças); características próprias da doença e; stressores ambientais (Burke & Elliot, 1999).

De acordo com Boekaerts e Roder (1999), a adaptação da criança à doença crónica é determinada pela interacção entre factores de risco e protecção. Os factores de risco são variáveis e predispõem a criança a uma má adaptação à doença. Neste sentido, deve-se ter em conta três factores: as variáveis da doença (gravidade, visibilidade, problemas médicos associados), o nível de funcionamento interdependente da criança, e os stressores psicossociais que se relacionam com a doença e acontecimentos de vida. Os factores de protecção, por outro lado, são aqueles que fazem com que a criança se desenvolva bem diante de situações adversas como variáveis intra-pessoais (temperamento, capacidades para resolver problemas), ecologia social (ambiente familiar, apoio social, recursos utilitários) e capacidade no processamento do stress (avaliação cognitiva e estratégias para enfrentar).

A depressão em crianças com doenças crónicas não apresenta relação com a idade e com a gravidade da doença, mesmo assim está relacionada com a baixa auto-estima, pensamento negativo e dor crónica associada (Burke & Elliot, 1999). No entanto, Silver, Stein e Dadds (1996) encontraram a relação entre a gravidade e adaptação da criança doente somente quando se incluía uma variável familiar como a separação dos pais. Outros autores, como Boekaerts e Roder (1999) salientam que a criança têm sempre a percepção sobre a sua própria doença, e Bradford (1997) refere que a natureza e qualidade de comunicação entre a família e a equipa de saúde têm uma importância fundamental na adaptação da criança à doença.

Castro e Piccinini (2002) consideraram que um dos aspectos mais importantes para que a criança se adapte bem à doença crónica é a resposta que os seus cuidadores dão a essa situação. Um dos fenómenos que tem sido investigado recentemente e que se relaciona com o surgimento ou não de depressão em crianças cronicamente doentes, é o designado de estilo repressivo adaptativo (Phipps, Steele, Hall & Leigh, 2001; Wamboldt & Wamboldt, 2000). Esta forma de enfrentar a doença é caracterizada por um funcionamento altamente defensivo da criança, que age como se escondesse os seus sintomas, ansiedade e medos. Em contrapartida, essa reacção ao seu estado de saúde, o estilo repressivo adaptativo está estreitamente relacionada a consequências físicas negativas como dores de cabeça, tensões e alergias. Wamboldt e Wamboldt (2000) explicam que o estilo repressivo adaptativo pode ser considerado uma resposta a um

trauma (no caso da doença crónica), de que em a criança se defende dissociando e reprimindo as suas emoções. Como vimos, são muitos os factores que podem influenciar a adaptação da criança à doença crónica e, consequentemente, ao desenvolvimento de algumas patologias, como é o caso da depressão. Neste ponto de vista teórico e prático, Burke e Elliot (1999) consideraram imprescindível verificar se existe relação entre diversas doenças crónicas na infância e o surgimento de depressão. Segundo os mesmos autores, parece que tanto características específicas de algumas doenças, como aquelas comuns a todas, são relevantes no sentido de poderem fazer surgir a depressão, embora ainda não esteja claro quais são as características mais importantes e como é a sua dinâmica. Existem fortes evidências, contudo, que o impacto da doença pode ser bastante diferente entre as crianças, pois enquanto para alguns o impacto da doença pode ser muito negativo, fazendo emergir psicopatologias, para outros, pode ser adaptado, permitindo a essas crianças lidar com a doença e com o tratamento de uma forma eficaz, mantendo saúde mental.

Poucos estudos até ao momento tentaram caracterizar a depressão no cerne de diferentes doenças crónicas na infância, ou seja, foram poucas as investigações que tentaram avaliar que características ou tipos de doenças poderiam predispor a criança a desenvolver sintomas de depressão (Phipps, Steele, Hall & Leigh, 2001). Assim, os principais resultados dos estudos realizados sobre doença crónica na infância e depressão, correlacionam a patologia com: asma, diabetes mellitus, epilepsia, fibrose cística e doenças hepáticas crónicas. Nos estudos realizados por Mullins, Chaney, Hartman e Olson (1995), as diferenças encontradas nos níveis de depressão entre crianças que sofriam de diabetes mellitus e crianças com fibrose cística não se explicaram somente pelas características de cada uma dessas doenças. O mais evidente é que nem sempre crianças com doenças crónicas apresentam altos níveis de depressão. De acordo com Hoffman, Rodrigue, Andres e Novak (1995), as crianças com doenças hepáticas crónicas apresentavam depressão. Segundo os autores isso ocorre devido ao aumento de vulnerabilidade social da criança. Já Williamson, Walters e Shaffer (2002), constataram que a asma e a epilepsia presentes na criança podem levar ao aparecimento da depressão quando a criança não consegue se adaptar à doença.

Importa ainda, nesta parte do estudo, salientar a existência de sintomatologia depressiva em crianças utentes em Unidades de Saúde.

4. Sintomatologia Depressiva em Crianças Utentes em Unidades de Saúde

Os cuidados de saúde primários são designados de cuidados essenciais de saúde. Têm no seu cerne um alcance universal e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (Mendes, 2008). Por diagnosticarem constantemente as necessidades da população, as unidades de saúde primárias são centros privilegiados na identificação dos problemas mais correntes, bem como na recolha de dados essenciais para o estudo das patologias mais relevantes (Miguel & Sá, 2010).

O objectivo deste estudo será, assim, o de comprovar e conhecer a natureza da sintomatologia depressiva infantil numa unidade de saúde do norte de Portugal.

No panorama Europeu, foram encontrados dados que verificam que 2 a 5% das crianças que recorrem aos centros de saúde primários apresentam problemas de saúde mental como sintomas depressivos. Na realidade, a grande maioria das crianças e adolescentes com sintomatologia depressiva recorre inicialmente aos centros de saúde primários, que desempenham um papel de maior importância na triagem, avaliação e seguimento dos casos e no desempenho (Marques, 2009).

É importante referir a escassez de estudos sobre a sintomatologia depressiva infantil em unidades de saúde primária em Portugal. Em Portugal, as perturbações depressivas que aparecem em unidades de saúde têm uma prevalência de 7,9% (Miguel & Sá, 2010). Segundo Miguel e Sá (2010), os sintomas depressivos na infância, que aparecem com maior prevalência em unidades de saúde, são sintomas emocionais. Ao acrescentarmos, as últimas estimativas, estas indicam que 10 a 20% das crianças manifestamos problemas depressivos (Miguel & Sá, 2010). Para a OMS (2002), a sintomatologia depressiva na infância mais presente nestas unidades é: humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa auto-estima, distúrbios do sono ou apetite, baixa energia, baixa concentração e irritabilidade. A prevalência da depressão infantil nestas unidades de saúde é, pois, de grande preocupação (Harada & Sares, 2010).

Parte II – Estudo Empírico

Nesta segunda parte, dedicar-nos-emos à parte empírica do trabalho que compreende a descrição da investigação realizada. Dedicaremos uma parte à metodologia e outra à descrição dos resultados obtidos. Posteriormente, será realizada a interpretação e discussão dos resultados, e por último, apresentaremos as limitações do estudo, conclusões retiradas e sugestões para futuras investigações.

5. Metodologia

Este ponto, tem como objectivo fazer uma apresentação da metodologia utilizada para a realização do estudo. Serão apresentados inicialmente os objectivos que nos propusemos testar. Posteriormente serão enumeradas as variáveis estudadas e descritos os procedimentos de recolha de dados. Seguir-se-á a caracterização sócio-demográfica da amostra total por género. Por fim serão apresentadas as medidas de avaliação e os procedimentos de análise dos dados.

5.1. Objectivos e Desenho do Estudo

Uma das principais conclusões retiradas da revisão da literatura efectuada, foi a escassez de estudos nacionais sobre a sintomatologia depressiva em crianças utentes de unidades de saúde. Neste sentido, como objectivo geral, o presente estudo pretende estudar a prevalência de sintomatologia depressiva e caracterizar o tipo de sintomas presentes numa amostra de crianças utentes de uma Unidade de Saúde do Norte. Foram considerados como objectivos específicos orientadores do presente estudo: 1) caracterizar a amostra ao nível do humor disfórico, problemas de relacionamento interpessoal, Ineficácia, Anedonia e baixa auto-estima, 2) identificar os sintomas depressivos mais prevalentes na amostra, 3) estudar a variação nos resultados de acordo com o género e com a idade dos participantes e 4) estudar a influência de outras variáveis sócio-demográficas e clínicas nos resultados obtidos.

Com este trabalho pretende-se ainda contribuir para o aumento do conhecimento ao nível da sintomatologia depressiva em crianças, para que posteriormente se possa estabelecer uma linha de acção interventiva nesta população de crianças utentes desta unidade de saúde.

Tendo em conta estes objectivos, foi desenvolvido um estudo observacional do tipo descritivo transversal, com análise comparativa dos dados. Trata-se de um estudo quantitativo prevalecendo as regras de raciocínio dedutivo (Almeida & Freire, 2003).

5.2. Variáveis em Estudo

As variáveis alvo do presente estudo foram seleccionadas tendo por base a revisão bibliográfica efectuada e de acordo com os objectivos do estudo. Assim, as

variáveis contidas neste estudo podem ser agrupadas em variáveis clínicas e variáveis sócio-demográficas.

Variáveis Clínicas: Sintomatologia depressiva (ítems e somatório total do Inventário de Depressão Infantil).

Variáveis sócio-demográficas: idade, género, escolaridade, composição do agregado familiar, número de irmãos, habilitações académicas dos pais. Foram ainda acrescentados ítems relativos ao motivo de acompanhamento psicológico e à presença de doenças físicas.

5.3. Procedimento de Recolha dos Dados

Para a realização deste estudo, recorreremos a uma amostra de conveniência de 105 crianças em consulta de Psicologia no Centro de Saúde do Carandá em Braga. Foi seleccionada esta unidade de saúde primária para a recolha de dados, por se tratar de um local de fácil acesso ao investigador e por proporcionar uma amostra significativa da população infantil portuguesa com sintomatologia depressiva.

De acordo com as exigências éticas, antes da realização da recolha da amostra foi explicado aos pais ou encarregados de educação os objectivos da investigação. Foi entregue um consentimento informado sobre o estudo realçando a sua finalidade, a importância do seu contributo para a realização científica, a garantia da confidencialidade dos dados e salientando ainda o carácter voluntário da participação da criança no estudo. As medidas de avaliação foram administradas individualmente na sequência de consultas psicológicas. A ficha dos dados clínicos e sócio-demográficos foi preenchida pela investigadora juntamente com a criança e os pais, após dadas as instruções.

5.4. Amostra

Este estudo contou com a participação de uma amostra consecutiva de crianças utentes da Unidade de Saúde do Carandá (Braga), com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos (N=105), de ambos os géneros, que recorreram ao atendimento de Psicologia nesta unidade de saúde.

5.4.1. Caracterização Sócio-demográfica da Amostra

As principais características sócio-demográficas e clínicas da amostra são apresentadas no quadro 1. Das 105 crianças, 70 são rapazes (66.7%) e 35 raparigas (33.3%). A média de idade dos participantes é de 8.57 anos (DP=1.22). 51.8% das crianças têm entre 9 e 10 anos, e 48.6% têm entre 6 e 8 anos.

Em relação à escolaridade, a maioria dos sujeitos da amostra frequenta o 3º e 4º anos. 10.5% das crianças estudam no 1º ano, 22.9% frequentam o 2º ano, 27.6% frequentam o 3º ano e 7.6% frequentam o 5º ano. Relativamente à existência de irmãos, 46 (43.8%) crianças não têm irmãos e 59 (56.3%) têm irmãos.

Quanto à profissão dos pais, e utilizando a classificação profissional da Escala de Graffar em Níveis (Amaro, 1990; adaptada pela DSEEASE, 2006), 26.7% dos pais pertencem ao Nível III (profissões de competência média, comerciante industrial de pequenas empresas e médios proprietários agrícolas) e 73.3% Nível IV (operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e pequenos proprietários agrícolas). Em relação às habilitações literárias dos pais, 70.5% possuem o ensino primário completo e 29.5% o ensino médio ou técnico inferior. Como fonte de rendimento dos pais, 95.2% recebem vencimento mensal fixo e 4.8% recebem salário por dia, horas ou tarefas.

No que concerne ao local de residência 85.7% da amostra reside na zona antiga no centro da cidade e 14.3% habita na zona nova limítrofe da cidade. Em relação ao tipo de alojamento 99% da amostra reside em habitações em bom estado e 1% reside em habitações um pouco degradadas.

Em relação à presença de doenças crónicas nas crianças, 6.7% sofrem de doenças crónicas, enquanto 93.3% não apresentam doenças crónicas. Destacam-se ainda as razões mais apresentadas pelos pais/médicos de família para reencaminharem a criança para a consulta de Psicologia. 4.8% das crianças manifestam problemas físicos como dores de cabeça frequente, 6.7% problemas alimentares e consumo de substâncias, 11.4% sentimento de morte e medo, 20% apresentam ansiedade e/ou fobia, 21% das crianças apresentam problemas de sono, 24.8% humor deprimido, 41% apresentam problemas de comportamento e 62.9% manifestam baixa auto-estima.

Quadro 1 – Caracterização Sócio – demográfica da Amostra Total (N=105)

<i>Variáveis Sócio – demográficas</i>	n	%	M	DP
Género				
Feminino	35	33,3		
Masculino	70	66.7		
Idade			8.57	1.22
Idade Categorizada				
6 aos 8 anos	51	48.6		
9 aos 10 anos	54	51.8		
Escolaridade				
1º Ano	11	10.5		
2º Ano	24	22.9		
3º Ano	29	27.6		
4º Ano	33	31.4		
5º Ano	8	7.6		
Irmãos				
Não	46	43.8		
Sim	59	56.3		
Categoria da Profissão dos pais				
Nível I	0	.0		
Nível II	0	.0		
Nível III	28	26.7		
Nível IV	77	73.3		
Nível V	0	.0		
Habilitações Literárias				
Ensino Universitário ou Equivalente	0	.0		
Ensino Médio ou Técnico Superior	0	.0		
Escolaridade Superior	31	29.5		
Ensino Primário Completo	74	70.5		
Ensino Primário Incompleto ou Nulo	0	.0		
Fonte de Rendimento				
Lucros de Empresas, de Propriedades, Heranças.	0	.0		
Altos vencimentos e honorários, Lugares bem remunerados.	0	.0		
Vencimento mensal fixo.	100	95.2		
Salário, remunerações por semana, horas ou tarefas.	5	4.8		
Beneficência Publica ou Privada	0	.0		
Tipo de Alojamento				
Luxuoso	0	.0		
Espaçoso e Confortável	0	.0		
Casa em bom estado	104	99		
Casa um pouco degradada	1	1		
Casa imprópria	0	.0		
Local de Residência				
Zona antiga, no centro da cidade	90	85.7		
Zona nova, limítrofe da cidade	15	14.3		

Quadro 1 – Caracterização Sócio – demográfica da Amostra Total (N=105) (continuação)

<i>Variáveis</i>	n	%	M	DP
Doenças Crónicas				
Ausência	98	93.3		
Presença	7	6.7		
Razões de Consulta				
Sentimento de Morte, Medo	12	11.4		
Problemas de sono	22	21		
Problemas Alimentares, Substâncias	7	6.7		
Problemas Físicos, dores de cabeça	5	4.8		
Ansiedade, Fobia	21	20		
Baixa Auto-Estima	66	62.9		
Problemas de Comportamento	43	41		
Humor Deprimido	26	24.8		

5.4.2. Características sócio-demográficas da Amostra por Género

As características sócio – demográficas da amostra por género são apresentadas no quadro 2. No que diz respeito ao género, esta é constituída por 70 meninos e 35 meninas. O género masculino é predominante na amostra.

No género feminino a média de idade é de 8.66 (DP=1.08). 17,1% tem entre os 6 e os 8 anos e 16.2% tem entre os 9 e 10 anos. Em comparação, no género masculino a média é de 8.53 (DP=1.29). 35.2% dos rapazes tem entre 9 e 10 anos e 31.4% tem entre 6 e 8 anos. Na presente amostra não se verificaram diferenças de idade em relação ao género ($p=.68$).

Quanto à escolaridade, 34.3% das crianças do género feminino frequentam o 4º ano, 31.4% frequentam o 3º ano, 22.9% estudam no 2º ano, 5.7% encontram-se no 5º ano e 5.2% frequentam o 1º ano. Em relação à escolaridade do género masculino, 30% frequentam o 4º ano, 25.7% encontram-se no 3º ano, 22.9% estudam no 2ºano, 12.9% frequentam o 1ºano e 8.6% encontram-se no 5ºano. Na presente amostra não se verificaram diferenças de género significativas em relação à escolaridade ($\chi^2=1.80$; $p=.77$).

No género feminino 54.3% da amostra não têm irmãos, enquanto que no género masculino, notou-se que 38.6% não têm irmãos ($\chi^2=3.11$; $p=.54$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação a esta variável.

Quanto à profissão dos pais das crianças do género feminino, 71.4% pertencem ao Nível IV (operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e pequenos proprietários agrícolas) e 28.6% correspondem ao Nível III (profissões de competência média, comerciante industrial de pequenas empresas e médios

proprietários agrícolas). Quanto aos pais das crianças do género masculino, 74.3% encontram-se no Nível IV e 25.7% correspondem ao Nível III ($\chi^2=0.10$; $p=.76$). Deste modo, na amostra em estudo não se verificaram diferenças na profissão dos pais em relação ao género.

Em relação às habilitações literárias dos pais, verificou-se no género feminino que 65.7% dos pais das crianças possuem o ensino primário completo e 34.3% dos pais têm escolaridade superior. Em comparação, no género masculino, 72.9% dos pais possuem o ensino primário completo e 27.1% dos pais possuem escolaridade superior ($\chi^2=.57$; $p=.45$). Na presente amostra não se verificaram diferenças de género ao nível das habilitações dos pais.

No que concerne ao rendimento familiar, 97.1% dos pais dos elementos do género feminino recebem vencimento mensal fixo e 2.9% recebem salário e remunerações por semana, horas ou tarefas. Em relação ao género masculino, 94.3% dos pais recebem vencimento mensal fixo e 5.7% recebem salário, remunerações por semana, horas ou tarefas ($\chi^2=.42$; $p=.52$). Na amostra em estudo não se verificaram diferenças de género rendimento familiar em relação ao género.

No que concerne ao tipo de alojamento, a totalidade na amostra feminina, refere possuir casa em bom estado. Na amostra masculina, 98.6% desfrutam de casa em bom estado e 1.4% refere possuir têm casa um pouco degradada. Tendo em conta os resultados da amostra, não se verificaram diferenças de género em relação ao tipo de alojamento. Tendo em conta o local de residência, verificou-se no género feminino que 91.4% das crianças vivem na zona antiga no centro da cidade e 8.6% habitam na zona nova limítrofe da cidade. Em relação ao género masculino, 82.9% das crianças vivem na zona antiga no centro da cidade e 17.1% habitam na zona nova limítrofe da cidade ($\chi^2=1.40$; $p=.24$). Na presente amostra não se verificaram diferenças de género no que concerne ao local de residência.

Em relação à presença de doenças crónicas, no género feminino 5.7% das crianças apresentam doenças crónicas, enquanto que, no género masculino 7.1% apresentam doenças crónicas ($\chi^2=.88$; $p=.83$). Nesta amostra não se verificaram diferenças de género em relação à presença de doenças crónicas.

No que concerne às razões mais apresentadas pelos pais/ médicos de família para reencaminharem a criança para a consulta de Psicologia, verificou-se no género feminino que 77.1% das crianças apresentam baixa auto-estima, 37.1% têm problemas de comportamento, 31.4% apresentam problemas de humor deprimido, 20% apresentam

problemas de sono, 17.1% manifestam ansiedade e fobia, 14.3% apresentam sentimento de morte e medo, 11.4% problemas físicos e dores de cabeça frequentes e 8.6% manifestam problemas a nível da alimentação e consumo de substâncias. Em relação ao género masculino, 55.7% das crianças manifestam baixa auto-estima, 42.9% apresentam problemas de comportamento, 21.4% apresenta ansiedade e fobia, 21.4% têm humor deprimido, 21.4% expõem problemas de sono, 10% apresentam sentimento de morte e de medo, 5.7% apresentam problemas alimentares e consumo de substâncias, e 1.4% problemas físicos e dores de cabeça frequentes.

Quadro 2 - Características sócio-demográficas da Amostra por Género (N=105)

<i>Variáveis Sócio-demográficas</i>	Feminino (n = 35)				Masculino (n = 70)				t/χ^2	p
	n	%	M	DP	n	%	M	DP		
Idade			8.66	1.08			8.53	1.29	.41	.68
6 aos 8 anos	18	17.1			33	31.4				
9 aos 10 anos	17	16.2			37	35.2				
Escolaridade									1.80	.77
1º Ano	2	5.2			9	12.9				
2º Ano	8	22.9			16	22.9				
3º Ano	11	31.4			18	25.7				
4º Ano	12	34.3			21	30				
5º Ano	2	5.7			6	8.6				
Irmãos									3.11	.54
Ausência	19	54.3			27	38.6				
Presença	16	45.7			43	61.4				
Categoria da Profissão dos Pais									.10	.76
Nível III	10	28.6			18	25.7				
Nível IV	25	71.4			52	74.3				
Habilitações Literárias									.57	.45
Escolaridade superior	12	34.3			19	27.1				
Ensino Primário Completo	23	65.7			51	72.9				
Fonte de Rendimento									.42	.52
Vencimento mensal fixo	34	97.1			66	94.3				
Salário, remunerações por semana, horas ou tarefas.	1	2.9			4	5.7				
Tipo de Alojamento										
Casa em bom estado	35	100			69	98.6				
Casa um pouco degradada	0	0			1	1.4				
Local de Residência									1.40	.24
Zona antiga, no centro da cidade	32	91.4			58	82.9				
Zona nova, limítrofe da cidade	3	8.6			12	17.1				

Quadro 2 - Características sócio-demográficas da Amostra por Género (N=105) (continuação)

<i>Variáveis Sócio-demográficas</i>	Feminino (n = 35)				Masculino (n = 70)				χ^2	p
	n	%	M	DP	n	%	M	DP		
Doenças Crónicas									.88	.83
Ausência	33	94.3			65	92.9				
Presença	2	5.7			5	7.1				
Razão de Consulta										
Sentimento de Morte, Medo	5	14.3			7	10				
Problemas de sono	7	20			15	21.4				
Problemas Alimentares, Substâncias	3	8.6			5	5.7				
Problemas Físicos, Dores de Cabeça	4	11.4			1	1.4				
Ansiedade, Fobia	6	17.1			15	21.4				
Baixa Auto-Estima	27	77.1			39	55.7				
Problemas de Comportamento	13	37.1			30	42.9				
Humor Deprimido	11	31.4			15	21.4				

Nas características sócio-demográficas da amostra por género, não se verificaram diferenças de género em nenhuma das variáveis sócio-demográficas. Seguidamente serão apresentadas as medidas de avaliação utilizadas neste estudo.

5.5. Material e Medidas de Avaliação

Foram administrados dois instrumentos comumente utilizados nesta unidade de saúde na avaliação das variáveis em estudo: o inventário de depressão na criança (Kovacs, 1985; traduzido e validado por Dias & Gonçalves, 1999) e a escala de classificação social de Graffar (Amaro, 1990; adaptada pela DSEEASE, 2006). Para complementar a recolha de dados demográficos e sociais elaborou-se um questionário Sócio-demográfico.

5.5.1. Children's Depression Inventory – CDI (Kovacs, 1992; traduzido e validado por Dias & Gonçalves, 1999)

Para avaliar a existência e a intensidade de sintomas depressivos, utilizou-se o Inventário de Depressão Infantil (Children's Depression Inventory – CDI; Kovacs, 1992) – adaptado para a população portuguesa por Dias e Gonçalves (1999). Este instrumento é composto por 27 itens e Kovacs (1992) agrupa-os em 6 escalas: humor disfórico (6 itens), problemas no relacionamento interpessoal (4 itens), Ineficácia (4

itens), anedonia (8 itens) e baixa auto-estima (4 itens). Cada um dos 27 itens é composto por três possíveis respostas fechadas, que de acordo com a gravidade dos sintomas, tem a pontuação - (0) "ausência de sintoma", (1) "sintoma leve" e (2) "sintoma claro". Esta escala, permite avaliar os vários itens, através dos sinais de sintomas depressivos em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos (Kovacs, 1992). O resultado final deste instrumento consiste na soma de todos os itens que o indivíduo escolheu e que vai fornecer um resultado *score que varia entre 0 e 54 pontos*. Deste modo, os resultados obtidos no CDI permitem estabelecer uma definição empírica de sintomatologia depressiva.

Em Portugal, diferentes estudos apontam o valor 16 como ponto de corte do CDI (Dias & Gonçalves, 1999; Passos & Machado, 2002). Segundo Dias e Gonçalves (1999), o índice discriminativo do CDI é de 16 para as idades entre os 8 e 12 anos e de 20 para as idades entre os 13 e 17 anos. Também para Passos e Machado (2002), o índice discriminativo do CDI (ponto de corte) situa-se na pontuação de 16 para a faixa etária dos 8 aos 12 anos.

Ao nível de fidelidade, o CDI apresenta uma boa consistência interna. Kovacs (1992), encontrou neste inventário uma boa consistência interna, comprovada com coeficientes que oscilavam entre 0.70 e 0.86. Também na população portuguesa este instrumento apresenta uma consistência interna bastante razoável sendo o *alpha de Cronbach* de .80 (Dias & Gonçalves, 1999). No estudo de Cardoso, Rodrigues e Vilar (2004) o coeficiente de fidelidade para o CDI total foi de .86. Para a sub-amostra do género masculino o valor de *alpha de cronbach* foi de .87 e para o género feminino .86. no grupo etário dos 12-13 anos a consistência interna situou-se em .86, .84 no grupo etário dos 14 e 15 anos e .83 nos jovens entre os 16 e 17 anos. Relativamente aos coeficientes de correlação dos itens com o total do inventário, mostraram bons níveis de correlação. Na validade do construto a variância explicada foi de 39.42% (Cardoso, Rodrigues & Vilar, 2004).

5.5.1.1. Características Psicométricas do CDI na Amostra em Estudo

Na avaliação da consistência interna da escala, tal como efectuado pelos autores da escala original, foi calculado o *alpha de Cronbach* para o CDI. Neste estudo não se efectuou a análise factorial devido ao número reduzido de sujeitos da amostra, que não permite a realização desta análise. A escala total apresenta um *alpha de Cronbach de*

.82, o que significa que estamos na presença de um instrumento que evidencia uma boa consistência interna da escala (quadro 3).

Quadro 3 – Resultados da Análise de Consistência Interna do CDI (N=105)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
1	.30	.82
2	.33	.82
3	.40	.81
4	.30	.82
5	.11	.82
6	-.07	.82
7	.63	.80
8	.50	.81
9	.40	.81
10	.12	.82
11	.22	.82
12	.27	.82
13	.60	.80
14	.65	.80
15	.21	.82
16	.53	.80
17	.31	.81
18	.68	.80
19	-.29	.82
20	.50	.81
21	.49	.81
22	.27	.81
23	.50	.81
24	.51	.81
25	.03	.82
26	.33	.82
27	.43	.81
α de Cronbach = . 82		

Os resultados do estudo de fidelidade mostra que nesta amostra, o CDI revela boas características psicométricas o que permite a sua utilização com confiança nesta população. Estes resultados confirmam que o CDI é uma medida fidedigna de sintomas depressivos, tendo adquirido coeficientes *alfa de Cronbach* próximos dos obtidos na validação do CDI na amostra portuguesa.

5.5.2. Escala de Classificação Social de Graffar (Amaro, 1990; adaptada pela DSEEASE, 2006)

Para recolher informação acerca das características demográficas e sociais dos participantes e dos pais, utilizámos a Escala de Classificação Social de Graffar, instrumento utilizado nesta unidade de saúde. Apesar das observações que têm vindo a ser apontadas por alguns autores relativamente à sua aplicabilidade e fiabilidade no contexto nacional, optamos por utilizar este método de classificação social por permitir extrair informação geral e uma grande variedade de informações específicas sobre profissão, nível de instrução, fontes principais de rendimento familiar, conforto do alojamento e tipo de zona onde habita, representadas nas suas cinco sub-escalas (classificadas da mais alta, à mais baixa - Classe I a V respectivamente).

5.5.3. Questionário Sócio-demográfico

O questionário Sócio-demográfico foi construído para complementar a recolha de dados sócio-demográficos e clínicos acerca dos participantes no estudo. As questões são de escolha múltipla e abordam características como: idade, género, escolaridade, composição do agregado familiar, número de irmãos, habilitações académicas dos pais. Relativamente às questões clínicas abordou-se as razões de acompanhamento psicológico e presença de doenças crónicas.

5.6. Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados e processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 18.0).

No que reporta à caracterização da amostra, recorreu-se a estatística descritiva e à análise de frequências. Para dar resposta aos objectivos do estudo foram utilizados diferentes procedimentos estatísticos, nomeadamente estatística descritiva, estatística de comparação de grupos e estatística de associação.

No estudo da distribuição dos dados recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* e ao estudo dos valores de assimetria e *Curtose*. A homogeneidade da variância foi observada pelo teste de *Levene*. Os resultados não revelaram distribuição normal dos dados. Assim, violados os pressupostos para a utilização da estatística paramétrica,

foram utilizados procedimentos de análise de dados não paramétricos. Na comparação de grupos utilizou-se o teste de *Mann Whitney* e no estudo da associação entre a idade e o CDI total utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman's-Rho*.

O valor de significância adoptado foi de $p<.05$, tendo-se anunciado um valor de $p<.10$ para tendência de significância.

6. Apresentação dos Resultados

Seguidamente são apresentados os resultados das análises estatísticas dos dados recolhidos de modo a dar resposta aos objectivos propostos. São salientados os resultados mais relevantes e com maior implicação para este estudo.

6.1. Prevalência de Sintomatologia Depressiva

No que concerne à prevalência de sintomatologia depressiva na amostra total, verificou-se que 41% das crianças ($n=43$) apresentava sintomas depressivos e 59% da amostra ($n=62$) não evidenciava sintomatologia depressiva (quadro 4).

Quadro 4 – Prevalência de sintomatologia depressiva na amostra total ($N=105$)

Sintomatologia Depressiva	n	%
Ausência	62	59
Presença	43	41

Em relação ao género, verificou-se uma maior prevalência de sintomatologia depressiva no género masculino. 45.7% das crianças do género masculino apresentam sintomatologia depressiva. No género feminino a prevalência é de 31.4% (quadro 5). Os resultados mostram que existe uma maior percentagem de crianças do género masculino com sintomatologia depressiva do que crianças do género feminino. Embora esta diferença não seja estatisticamente significativa ($\chi^2=1.96$; $p=.16$).

Quadro 5 – Prevalência de sintomatologia depressiva em relação ao género (N=105)

Sintomatologia Depressiva	Género Feminino (n = 35)		Género Masculino (n=70)	
	n	%	n	%
Ausência	24	68.6	38	54.3
Presença	11	31.4	32	45.7

Em relação à idade, verificou-se uma maior prevalência de sujeitos com sintomas depressivos entre os 9 e os 10 anos. De facto, 46,3% das crianças com 9 e 10 anos apresentam sintomas depressivos, enquanto que nas crianças entre os 6 e os 8 anos, a prevalência é de 35,3% (quadro 6). Esta diferença não é estatisticamente significativa ($\chi^2=1.31$; $p=.25$).

Quadro 6 – Prevalência de sintomatologia depressiva em relação à idade (N=105)

Sintomatologia Depressiva	Idade			
	6 aos 8 anos (n =51)		9 aos 10 anos (n=54)	
	n	%	n	%
Ausência	33	64.7	29	53.7
Presença	18	35.3	25	46.3

Constatou-se também uma maior prevalência de sintomas depressivos nas crianças sem irmãos (quadro7). 43.5% das crianças sem irmãos apresentam sintomatologia depressiva. Nas crianças com irmãos a prevalência é de 39%. No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2=.22$; $p=.64$).

Quadro 7 – Prevalência de sintomatologia depressiva em relação aos irmãos (N=105)

Sintomatologia Depressiva	Irmãos			
	Ausência (n =46)		Presença (n=59)	
	n	%	n	%
Ausência	26	56.5	36	61
Presença	20	43.5	23	39

Em relação à escolaridade, categorizou-se a variável em 2 grupos: crianças que frequentam o 1º e 2º ano de escolaridade; e crianças que frequentam o 3º, 4º e 5º ano de escolaridade. Verificou-se uma maior prevalência de sintomas depressivos nas crianças que se encontram entre o 3º e 5º ano de escolaridade (quadro 8). 47.1% destes sujeitos manifestam sintomas depressivos, enquanto que nas crianças que frequentam o 1º e 2º ano a prevalência apresentada é de 28.6%.

Quadro 8 – Prevalência de sintomatologia depressiva em relação à escolaridade (N=105)

Sintomatologia Depressiva	Escolaridade da amostra			
	1º ao 2º ano (n =35)		3º ao 5º ano (n=70)	
	n	%	n	%
Ausência	25	71.4	37	52.9
Presença	10	28.6	33	47.1

Apesar de não se verificarem diferenças significativas entre o grupo de crianças com sintomas depressivos que se encontram entre o 1º e 2º ano e o grupo com sintomatologia depressiva que se entra entre o 3º e o 5º ano de escolaridade ($\chi^2=3.33$; $p=.07$), os resultados aproximam-se da significância (tendência de significância).

6.2. Gravidade da Sintomatologia Depressiva

A amostra clínica deste estudo, tal como realizado por outros autores de estudos nacionais (e.g. Dias & Gonçalves, 1999; Passos & Machado, 2002) foi constituída pelos sujeitos que obtiveram uma pontuação superior a 16 no CDI total (ponto corte). Esta amostra que evidenciou presença de sintomatologia depressiva (n=43) foi dividida em 3 grupos de acordo com a gravidade da depressão, usando a classificação utilizada por Passos e Machado (2002): sintomatologia leve, sintomatologia moderada e sintomatologia grave. Os resultados mostram que na amostra clínica 44.2% dos participantes apresentavam sintomatologia leve, 18.9% sintomatologia depressiva moderada e 37.2% sintomatologia depressiva grave (quadro 9).

Quadro 9 – Gravidade de sintomatologia depressiva (n=43)

Sintomatologia Depressiva	Amostra Clínica (n=43)	
	n	%
Leve	19	44.2
Moderada	8	18.6
Grave	16	37.2

Constata-se assim uma maior prevalência de sintomatologia depressiva leve (44.2%) e grave (37.2%) na amostra clínica.

Em relação ao género, no que concerne à sintomatologia depressiva leve verificou-se uma prevalência de 63.6% no género feminino e de 37.5% no género masculino. Na sintomatologia depressiva moderada a distribuição é idêntica. Evidenciou-se uma prevalência no género masculino de 18.8% e de 18.2% no género feminino. No que concerne à sintomatologia depressiva grave, verificou-se que é predominante no género masculino (43.8%), sendo de 18.2% no género feminino (quadro 10).

Quadro 10 – Gravidade de sintomatologia depressiva em relação ao género (n=43)

	Sintomatologia Depressiva			
	Género feminino (n=11)		Género masculino (n=32)	
	n	%	n	%
Leve	7	63.6	12	37.5
Moderada	2	18.2	6	18.8
Grave	2	18.2	14	43.8

Após a análise dos resultados no estudo das diferenças de género em relação à sintomatologia depressiva, constata-se que existe uma maior prevalência de crianças com sintomatologia depressiva leve no género feminino. Os sintomas depressivos moderados a graves são predominantes no género masculino.

6.3. Resultados Descritivos

Tal como mencionado anteriormente, o inventário CDI permite-nos avaliar a existência e a intensidade de sintomas depressivos. Os resultados descritivos obtidos no CDI total para a amostra total (N=105) e por género são apresentados no quadro 11.

Quadro 11 – Resultados Descritivos do CDI total (N=105)

	Amostra total (N=105)		Género Feminino (n = 35)		Género Masculino (n=70)	
	M	DP	M	DP	M	DP
CDI total	14.4	6.85	12.2	6.23	15.6	6.91

Na amostra total os resultados evidenciam uma média de 14.4 e um desvio padrão de 6.85. Na análise por género, o CDI total demonstrou uma média mais alta no género masculino (M=15.6; DP=6.91), em comparação com o género feminino (M=12.2; DP=6.23). Esta diferença de género revela significância estatística ($\chi^2=40.9$; $p=.02$).

O quadro 12 apresenta os resultados descritivos do CDI total na amostra clínica (n=43).

Quadro 12 – Resultados Descritivos do CDI total para a amostra clínica (n=43)

	Amostra Clínica (n=43)		Género Feminino (n = 11)		Género Masculino (n=32)	
	M	DP	M	DP	M	DP
CDI total	20,9	4,79	19,4	4,43	21,5	4,84

Através da observação dos resultados verificamos na amostra clínica total uma média de 20.9 e um desvio padrão de 4.79. A análise por género, evidenciou uma média mais alta no género masculino (M=21.5; DP=4.84), quando comparado com o género feminino (M=19.4; DP=4.43). O estudo de significância estatística destas diferenças de género será apresentado posteriormente.

6.4. *Ranking* dos Sintomas assinalados na Amostra Clínica

Foram analisados os 10 sintomas do CDI total mais assinalados com pontuação 2 (pontuação máxima) na amostra clínica (quadro 13).

Quadro 13 – 10 Itens do CDI total mais assinalados com pontuação máxima na amostra clínica (n=43)

Itens	Amostra clínica (n=43)		Género feminino (n=11)		Género masculino (n=32)	
	n	%	n	%	n	%
“Resultados escolares baixos”	25	58.1	3	7.0	22	51.2
“Falta de apetite”	17	39.5	4	9.3	13	30.2
“Dificuldade em tomar decisões”	16	37.2	3	7.0	13	30.2
“Nunca vou ser tão bom como os outros”	15	34.9	3	7.0	12	27.9
“Tenho sempre que me esforçar muito”	12	27.9	4	9.3	8	18.6
“Relação conflituosa com os outros”	12	27.9	0	0	12	27.9
“Não gosto do meu aspecto”	10	23.3	5	11.6	5	11.6
“Detesto-me”	9	20.9	0	0	9	20.9
“Sou culpado de tudo”	9	20.9	4	9.3	5	11.6
“Sinto-me sempre só”	8	18.6	0	.0	8	18.6

Os resultados mostram que 58.1% das crianças assinala preocupação com os resultados escolares baixos, 39.5% crianças apresentam falta de apetite e 37.2% crianças tem dificuldade em tomar decisões. No género feminino, constatou-se que 11.6% de raparigas não se mostram satisfeitas com a imagem. No género masculino, 51.2% dos rapazes preocupam-se com os resultados escolares baixos, 30.2% apresentam falta de apetite, 30.2% têm dificuldades em tomar decisões, 27.9% sentem que nunca vão ter bons resultados como os outros colegas e 27.9% têm uma relação conflituosa com os pares.

6.5. Variação dos Resultados na amostra clínica em função do género, existência de irmãos, escolaridade e idade

Procedeu-se à análise das diferenças de género no CDI na amostra clínica (n=43) através do teste *U de Mann Whitney* uma vez que os resultados do estudo de normalidade e homogeneidade da variância violam os pressupostos do uso de testes paramétricos.

Quadro 14 – Resultados do teste *U de Mann-Whitney* na comparação de grupos em função do género, para o total do CDI na amostra clínica (n=43)

	Mean Rank		Z	p
	Género feminino (n=11)	Género masculino (n=32)		
CDI Total	18.1	23.4	-1.22	.23

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* na comparação dos grupos no CDI total, indicam que o género masculino evidencia mais sintomas depressivos do que o género feminino. Os rapazes obtiveram um valor de *mean rank* mais elevado (Mean Rank=23.4) quando em comparação com o género feminino (Mean rank=18.1) ($Z=-1.22$; $p=.23$). No entanto, esta diferença não revela significância estatística.

Em relação aos resultados em função da existência de irmãos ou ser filho único, também não se verificou significância estatística na comparação entre os grupos (quadro 15).

Quadro 15 – Resultados do teste *U de Mann-Whitney* para o total do CDI, na comparação de grupos em relação à existência de irmãos na amostra clínica (n=43)

	Mean Rank		Z	p
	Ausência de Irmãos (n=20)	Presença de Irmãos (n=23)		
CDI total	18.6	25.0	-1.67	.09

* p ≤ .05 **p ≤ .01

Os resultados do teste *U de Mann-Whitney* revelaram uma aproximação a tendência de significância (p=.09). As crianças com irmãos obtiveram um valor de *mean rank* mais elevado (Mean Rank=25.0) do que as crianças sem irmãos (Mean rank=18.6) (Z=-1.67; p=.09).

No que se refere à escolaridade da amostra clínica, esta foi categorizada em dois grupos: do 1º ao 2º ano de escolaridade e do 3º ao 5º ano de escolaridade. Para compararmos os resultados do CDI total, nestes grupos procedeu-se à aplicação do teste *U de Mann-Whitney* (quadro 16).

Quadro 16 – Resultados do teste *U de Mann-Whitney* para o total do CDI, na comparação de grupos em relação à escolaridade da amostra clínica (n=43)

	Mean Rank		Z	p
	1º ao 2º ano de escolaridade (n=10)	3º ao 5º ano de escolaridade (n=33)		
CDI total	25.5	20.9	-1.02	.33

* p ≤ .05 **p ≤ .01

Os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Constatou que o valor *mean rank* é superior no grupo do 1º ao 2º ano (Mean rank=25.5) quando comparado com o grupo do 3º ao 5º ano (Mean rank=20.9). No entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas (Z=-1.02; p=.33).

Relativamente à idade da amostra clínica, esta foi categorizada em dois grupos: dos 6 aos 8 anos de idade e dos 9 aos 10 anos de idade, nos quais a distribuição dos dados também se revelou não normal. Assim procedeu-se à aplicação do teste *U de Mann-Whitney* para compararmos os resultados do CDI (quadro 17).

Quadro 17 – Resultados do teste *U de Mann-Whitney* para o total do CDI, na comparação de grupos em relação à idade da amostra clínica (n=43)

	Mean Rank		Z	p
	6 aos 8 anos (n=18)	9 aos 10 anos (n=25)		
CDI total	21.3	22.5	-.34	.74

* p ≤ .05 **p ≤ .01

A análise de comparação nos grupos em relação à idade não se revelou diferenças estatisticamente significativas ($Z = -.34$; $p = .74$). No entanto, as crianças com idade entre os 9 e 10 anos obtiveram valores de *mean rank* mais elevados (*Mean rank* = 22.5) do que as idades entre os 6 e 8 anos (*Mean rank* = 21.3).

Foi ainda usada uma medida de associação, o coeficiente de correlação de *Spearman's-Rho*, para estudar a relação entre o CDI total e a idade (quadro 18).

Quadro 18 – Resultados do teste de *Spearman's -Rho* na avaliação entre o total do CDI e a idade (n=43)

	Idade	CDI total
Idade	1	.13
CDI total	.13	1

Correlação significativa $p < .05$

Os resultados mostram que não existe variação entre as variáveis ($r = .13$; $n = 43$; $p = .41$).

7. Discussão dos Resultados

No sentido de procurar dar resposta aos objectivos que orientam esta investigação, segue-se uma discussão dos resultados anteriormente descritos, tendo subjacente os dados de natureza teórica e empírica apresentados na primeira parte do trabalho.

No presente estudo, importa mencionar que nem todos os participantes da amostra total apresentaram sintomatologia depressiva clinicamente significativa. Verificou-se uma prevalência de sintomatologia depressiva em 41% de crianças. Estes dados vão de encontro a resultados obtidos por Dias e Gonçalves (1999). Os autores, numa amostra de 482 crianças dos 8 aos 17 anos do distrito de Braga e Porto, verificaram uma prevalência de 39.6% de sintomatologia depressiva. Já no estudo de Passos e Machado (2002), realizado com 995 crianças dos 10 aos 14 anos do concelho de Braga, a prevalência de participantes com sintomatologia depressiva foi de 13%.

Numa análise mais pormenorizada por género, verificamos uma taxa de prevalência mais elevada de 45.7% de crianças com sintomas depressivos no género masculino quando comparada com uma prevalência de 31.4% no género feminino. Os resultados do nosso estudo mostraram que esta diferença não era significativa. No estudo de Dias e Gonçalves (1999), a prevalência nos sujeitos era mais elevada. Estes obtiveram uma maior percentagem de 61.9% de crianças com sintomatologia depressiva no género feminino. Já no estudo de Passos e Machado (2002), evidenciou-se homogeneidade na prevalência de sintomatologia depressiva em relação ao género. Deste modo os dados do nosso estudo parecem não ir de encontro aos resultados de outros estudos, uma vez que o presente estudo mostrou claramente que, a maioria das crianças com sintomatologia depressiva é do género masculino. Tais diferenças poder-se-ão dever ao facto de a amostra do nosso estudo ser de conveniência, constituída por crianças já com alguma patologia e maioritariamente do género masculino.

Em relação à idade, verificamos uma maior prevalência de 46.2 % de crianças com sintomatologia depressiva entre os 9 e os 10 anos de idade quando comparada com 35.3% de crianças com sintomas depressivos com idades entre os 6 e os 8 anos. No nosso estudo, esta diferença não foi considerada significativa. Passos e Machado (2002), obtiveram uma maior prevalência nos participantes com 11 anos (37.2%). Estes resultados podem ser explicados pelo facto de as crianças com maior idade serem capazes de lidar com operações formais, necessárias para uma melhor compreensão dos

itens do questionário. Outra razão, apontada por Wess e colaboradores (1992; cit. in Dias & Gonçalves, 1999) refere-se ao desenvolvimento da criança, que leva a um aumento da intensidade de expressarem as suas queixas depressivas.

Em relação ao facto dos participantes possuírem ou não irmãos, este estudo mostrou claramente uma prevalência de 43.5% de crianças sem irmãos que evidenciam sintomas depressivos, e uma prevalência de 39% de crianças com irmãos que apresentam sintomas depressivos. Constatou-se que estas diferenças não foram significativas. Um estudo de Walker, Harper e Jense (2010), mostrou que em 400 famílias de crianças entre 10 e 14 anos com irmãos, a sintomatologia depressiva tem menos probabilidade de sobrevir. Estes resultados parecem ir de encontro aos dados do nosso estudo, que mostrou que a população composta por crianças com sintomatologia depressiva não possui, na sua maioria, irmãos. No estudo das diferenças significativas, obtivemos uma aproximação a tendência de significância. O presente estudo mostra um valor *mean rank* mais elevado de crianças com irmãos (Mean rank=25.0) do que as crianças sem irmãos (Mean rank=18.6). Estes resultados não parecem ser congruentes com a prevalência analisada anteriormente em relação aos irmãos e ao estudo de Walker, Harper e Jense (2010), em que estes mostraram que em crianças com irmãos a sintomatologia depressiva tem menos probabilidade de ocorrer.

Quanto à escolaridade, verificou-se uma maior prevalência de sintomatologia depressiva (47.1%) em crianças que se encontram entre o 3º e 5º ano de escolaridade em relação às crianças que frequentam o 1º e o 2º ano (28.6%), apesar de não encontrarmos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (os resultados aproximam-se da significância estatística). Estes resultados estão em concordância com os resultados de outros estudos que revelam que quanto maior a escolaridade maior a sintomatologia depressiva associada. Passos e Machado (2002) obtiveram uma maior prevalência de crianças com sintomatologia depressiva que frequentam o 5º e 6º ano. No estudo de Dias e Gonçalves (1999), os autores verificaram uma maior prevalência de sintomatologia depressiva nos alunos do 9º e 10º ano quando em comparação com estudantes de anos escolares anteriores.

Na gravidade de sintomatologia depressiva, a amostra clínica mostrou uma maior prevalência de crianças com sintomatologia moderada a grave (55.8%). Analisando a gravidade de sintomas depressivos por género, este estudo mostra uma maior prevalência de sintomatologia depressiva leve no género feminino (63.6%) em comparação com o género masculino que obteve uma prevalência de 37.5%. Ao nível

da sintomatologia depressiva moderada, o nosso estudo mostra-nos uma maior prevalência no género masculino (18.8%) verificando-se também mais sintomatologia depressiva grave no género masculino (43.8%). O estudo de Passos e Machado (2002), obteve homogeneidade na sintomatologia leve em relação ao género. Na sintomatologia moderada obtiveram uma maior prevalência no género feminino (69%) e uma prevalência de sintomatologia grave de 61% no género masculino. Deste modo, os resultados referentes à maior prevalência de sintomatologia grave nos rapazes estão em concordância com o estudo de Passos e Machado (2002).

Nos resultados do CDI da amostra total, o presente estudo mostrou uma média de 14.4. Segundo Dias e Gonçalves (1999), num estudo já mencionado anteriormente, obtiveram uma média de 11.17. Relativamente ao género, na amostra total obtivemos uma média superior no género masculino ($M=15.6$) quando comparada com a média de 12.2 do género feminino. Estes dados não vão de encontro com os resultados do estudo de Dias e Gonçalves (1999), em que os autores apresentaram uma média de 11.8 no género feminino e uma média de 10.9 do género masculino. Tal diferença pode dever-se ao facto da amostra do presente estudo ser de conveniência, constituída por crianças em seguimento de consulta de psicologia.

Na amostra clínica este estudo mostra uma média 20.9 e na análise por género apresenta uma média superior de 21.5 no género masculino quando comparada com a média de 19.4 no género feminino. Tais resultados não vão de encontro aos resultados do estudo de Passos e Machado (2002). Estes autores obtiveram na amostra clínica, uma média superior no grupo de crianças do género feminino comparativamente com o género masculino. Ainda no estudo de Dias e Gonçalves (1999), verificaram valores mais elevados no género feminino quando comparado com o género masculino. A interpretação destes resultados deve ser cautelosa, pois as idades da amostra do nosso estudo são inferiores às idades dos restantes estudos. De facto, tal como sugerem Dias e Gonçalves (1999) quanto mais idade têm os participantes existe um aumento da intensidade das queixas.

Nos sintomas mais assinalados do CDI total na amostra clínica, obtivemos uma pontuação mais elevada de 58.1% das crianças que assinalaram preocupação com os resultados escolares baixos, 39.5% apresentavam falta de apetite e 37.2% têm dificuldades em tomar decisões. No género feminino verificamos que 11.6% de raparigas não se mostram satisfeitas com a imagem. Em relação ao género masculino 51.2% dos rapazes preocupam-se com os resultados escolares baixos, 30.2% apresentam

falta de apetite e 30.2% têm dificuldades em tomar decisões, 27.9% sentem que nunca vão ter bons resultados como os outros colegas e 27.9% têm uma relação conflituosa com os pares.

Relativamente à escolaridade, os resultados mostra-nos ainda que a presença de sintomatologia depressiva não varia em relação à escolaridade da amostra. Obtivemos no CDI total uma *mean rank* mais elevado nas crianças que frequentam o grupo do 1º ao 2º ano (Mean rank=22.5) e um *mean rank* de 20.9 de crianças que frequentam o grupo do 3º ao 5º ano de escolaridade, não sendo esta diferença estatisticamente significativa. Neste sentido, a escolaridade dos sujeitos não apresenta um efeito significativo ao nível da sintomatologia depressiva dos participantes. No estudo de Dias e Gonçalves (1999), verificaram diferenças significativas em relação à escolaridade. os autores mostram valores superiores de crianças com sintomatologia que frequentam a escolaridade do 9º e 10º ano quando comparado com a escolaridade de anos inferiores.

Relativamente à idade, verificamos que a presença de sintomatologia não varia em função desta variável. com a idade. Apesar de termos obtido no CDI total um *mean rank* mais elevado em crianças com sintomas depressivos com idades entre os 9 e os 10 anos (Mean rank=22.5) em comparação com as crianças com sintomatologia depressiva com idades entre os 6 e os 8 anos (Mean rank=21.3), não se verificou significância estatística. Estes resultados não vão de encontro com o estudo de Dias e Gonçalves (1999), onde foram encontradas diferenças significativas em relação à idade (as idades mais elevadas entre os 13 e 17 anos).

Na análise das diferenças de género no CDI na amostra clínica, verificamos um valor *mean rank* mais elevado no género masculino (Mean rank=23.4) quando em comparação com os resultados do género feminino (Mean rank=18.1). Esta diferença de género não apresenta significância estatística. Também no estudo de Passos e Machado (2002) no cruzamento entre o género e o CDI total não se verificou diferenças significativas. A literatura evidencia que no que concerne à prevalência da sintomatologia depressiva em crianças até aos 12 anos, são na maior parte dos casos, os rapazes que apresentam valores mais elevados quando comparados com as raparigas (Duggal, Carlson, Srouf & Egeland, 2001).

8. Conclusão, Limitações do Estudo e Implicações Futuras

Esta dissertação reflecte um trabalho de investigação empírico acerca da presença de sintomatologia depressiva em crianças que recorrem aos cuidados de saúde primários em unidades de saúde e procurou diminuir a carência de estudos em Portugal neste domínio. Os resultados encontrados confirmam, na generalidade, os dados da literatura científica consultada.

Como vimos na revisão teórica efectuada, diversas investigações são unânimes em considerar a sintomatologia depressiva uma patologia comum na infância, sendo mais prevalente no género masculino. Este estudo mostra que 41% da amostra de crianças apresenta sintomatologia depressiva, havendo uma maior prevalência no grupo de crianças do género masculino. Ao analisar a gravidade de sintomatologia depressiva na amostra clínica, os resultados revelaram sintomas de maior gravidade nos rapazes (sintomas de carácter moderado a grave). Já no género feminino o estudo revelou uma predominância de sintomas depressivos de carácter leve. Este estudo foi realizado com crianças dos 6 aos 10 anos de idade, no entanto, os dados apontam que, na fase da adolescência, a prevalência de sintomatologia depressiva aumenta no género feminino. Tal como apontam Duggal, Carlson, Srouf e Egeland (2001), com o decorrer da adolescência, ocorre um aumento substancial, tanto do número de sintomas de depressão, como do início das perturbações depressivas, existindo uma maior prevalência no género feminino.

Ao nível dos sintomas mais prevalentes, os resultados revelaram-nos que na amostra clínica masculina, os sintomas mais assinalados são: “resultados escolares baixos”, “falta de apetite” e “dificuldades em tomar decisões”. Em relação ao género feminino, os participantes apresentam uma pontuação mais elevada em relação à insatisfação com a sua imagem. Na generalidade, estes dados vêm confirmar a literatura, nomeadamente o estudo de Passos e Machado (2002), que revela que os sintomas mais assinalados pelos rapazes são a nível da anedonia, como “a falta de apetite”; e os sintomas mais assinalados pelas raparigas são ao nível da baixa auto-estima, como a insatisfação com a imagem.

Em relação aos resultados médios do CDI total na amostra clínica em função do género, idade e escolaridade, as análises comparativas não revelaram diferenças estatisticamente significativas. Logo, na presente amostra, a sintomatologia depressiva não varia de acordo com estas variáveis. Verificou-se, contudo, uma tendência de

significância na variável existência de irmãos: na presente amostra clínica, as crianças com sintomatologia depressiva possuem, na sua maioria, irmãos. Estes últimos dados não parecem congruentes com a literatura científica. O estudo de Walker, Harper e Jense (2010) revela que as crianças com irmãos apresentam uma menor probabilidade de evidenciar sintomatologia depressiva.

Esta investigação surgiu como tentativa de aumentar a consciencialização da comunidade científica para a necessidade de actuação ao nível da sintomatologia depressiva em crianças que recorrem às unidades de saúde primárias. Miguel e Sá (2010) apontam que no nosso país, a prevalência de crianças que recorrem a estas unidades de saúde que manifestam problemas depressivos, situa-se entre os 10 e os 20%. Os resultados do presente estudo mostram-se claramente superiores (41%), o que enfatiza a necessidade de continuidade de estudos nestes contextos. Assim, e atendendo ao grande número de crianças e adolescentes que é assistido em unidades de saúde primárias, e ao facto destas unidades desempenharem um papel de grande importância na sinalização das perturbações depressivas, mostra-se fundamental um maior investimento a nível da realização de mais estudos científicos que possam constituir um primeiro passo num futuro plano interventivo. De facto, os centros de saúde constituem contextos privilegiados de diagnóstico e intervenção nesta população, assumindo assim um papel essencial na identificação e seguimento destas problemáticas.

Na realização deste estudo, encontrámos algumas dificuldades e limitações, de entre as quais devemos salientar o facto do instrumento utilizado (CDI) apenas detectar sintomatologia depressiva e ter apenas um *score* total (na validação do instrumento para a população portuguesa, ao contrário do estudos de Kovacs, não se obtiveram subescalas). Outra limitação prendeu-se com a composição da amostra. O estudo limitou-se a recolher dados numa única unidade de saúde do norte, o que limita a generalização de resultados. Não obstante, sentimos ser necessário destacar a dificuldade no congregar de uma franja populacional tão específica, ainda que no seio de uma instituição pública de saúde.

Contudo, apesar destas limitações, consideramos ter cumprido os objectivos propostos para este estudo e esperamos ter dado um passo mais na ascensão para um maior conhecimento acerca desta patologia na criança. Espera-se que os resultados encontrados enfatizem a importância do estudo da sintomatologia depressiva infantil no contexto de unidades de saúde no nosso país. A identificação destes sintomas e os resultados obtidos justificam uma acção imediata e o desenvolvimento de planos de

intervenção direccionados para o que é uma patologia marcante no panorama psicológico e sócio – demográfico português.

A literatura expressa claramente que a depressão tem tomado lugar como a patologia mais mediática, tendo-se projectado em inúmeros estudos e modelos de análise e intervenção psicológica. No entanto, o estudo do resultado dos seus efeitos e expressões nas franjas populacionais mais jovens parece ser ainda insuficiente. Assim, atendendo à elevada prevalência de sintomatologia depressiva em crianças, muitas vezes pouco valorizada e ainda sub-diagnosticada, sugere-se que em estudos e acções futuras, se tome como *locus* de recolha de amostra um leque mais alargado e diversificado de serviços de saúde – compondo-se de uma maior franja sócio-demográfica e cultural. Devem também ser criadas acções de intervenção junto dos familiares, mais especificamente, dos pais, que decerto usufruiriam dos conhecimentos e das medidas de acção decorrentes de vários modelos de intervenção (cognitivo, comportamental, psicológico) na desconstrução de crenças negativas e erradas acerca da patologia depressiva. Paralelamente a acções que tomem lugar em contextos de serviços de saúde, instigamos que sejam também realizadas investigações periódicas nas escolas, junto das crianças e dos professores do ensino do 1º e 2º ciclo. Aos professores seria importante solicitar que anotassem a presença de problemas emocionais nas crianças (e.g. a partir do questionário de *Achenbach* para professores *Teacher Report Form* – TRF) e, às crianças, que preenchessem um instrumento de avaliação de sintomatologia depressiva na criança (e.g. questionário de *Achenbach* para o aluno).

Agradecendo a oportunidade para contribuir cientificamente para este problema que afecta, significativamente, cada vez mais crianças, e tendo obtido resultados que se pretendem úteis, não podemos deixar de chamar a atenção para a necessidade de acção constante neste campo de investigação.

Strecht (1997, cit. in Pires, 2004, p. 11) apontou - “A depressão infantil espelha-se nos olhos tristes da criança”. Cabe-nos, pois, nas conclusões que findam esta dissertação, apelar à continuidade do investimento científico neste domínio, no sentido de contribuir para um melhor bem-estar emocional da criança.

Referências Bibliográficas

- Abreu, J. (2007). *Como Tornar-se Doente Mental*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Accoce, P. (1984). Même les Enfants ne sont pas à l'Abri. *L'Express*, 24, 68-69.
- Ainsworth, P. (2000). *Understanding depression, Jackson*. Mississippi: University Press of Mississippi.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia da Educação*. Braga: Psiquilibrios. 3º Edição.
- Amaro, F. (1990). *Escala de Graffar Adaptada*. In: Costa, A. (1996). Currículos funcionais. Lisboa: adaptada pela DSEEASE, (2006).
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: APA.
- Andriola, W. & Cavalcante, L. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia, Reflexão, Crítica*, 12 (2), 419-428.
- Anselmi L, Piccinini C., Barros F., & Lopes R. (2004). Psychosocial determinants of behaviors problems in Brazilian preschool children. *Jornal Children Psychology*, 45, 779-88.
- Araújo L., Coutinho M., & Pereira D. (2008). Depressão em crianças e adolescentes escolares: Um estudo das representações sociais. *Associação de Psicologia Social*, 523.
- Azevedo, M. & Maia, A. (2006). *Maus-Tratos à criança*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Azevedo, M., Silva, C., Ferreira, A., César, H., & Clemente, V. (1994). *O Modelo Cronobiológico da Depressão*. Comunicação apresentada na Mesa Redonda “Depressão” do I Encontro de Psiquiatria do Hospital Sobral Cid, Perspectivas Terapêuticas em Psiquiatria – Que Integração?. Coimbra, 17 de Novembro.
- Back, A. (1997). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bahls, S. (1999). Depressão uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interacção*, 3, 49-60.
- Bahls, S. (2002). Depression in childhood and adolescence: clinical features. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-66.
- Bahls, S. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba. *Revista Psiquiatria*, 24 (2), 63-7.
- Baldwin, D. & Birtwistle, J. (2002). *Na atlas of depression*, Boca Raton, London, New York, Washington d.c., The Parthenon Publishing Group.
- Ballone, G. (2004). *Depressão Infantil*. Psiquiatria Geral. Disponível em: www.psiqweb.med.br.
- Bandim, J., Sougey E., Carvalho, T., Barbosa, G., & Fonseca, L.(1996). Depressão na infância. Epidemiologia e aspectos clínicos. *Neurobiol*, 59 (1), 1-12.
- Baptista, C. & Golfeto, J. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27, 253-255.
- Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M. (2001). *Censo Psiquiátrico de 2001: Síntese dos Resultados Preliminares*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde do Ministério de Saúde.
- Bennet, D. (1994). Depression among children with chronic medical problems: a meta analysis.

- Beck, A. (1999). *Prisioneiros de ódio: A base cognitiva de raiva, hostilidade e violência de Nova York*. Nova York: HarperCollins.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emergy, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Tradução: Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bifulco, A. & Moran, P. (1998). *Wednesday's Child*. London: Routledge.
- Boekaerts, M. & Roder, I. (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: a review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 21(7), 311-337.
- Bradford, R. (1997). *Children, Family and Chronic Disease*. London: Routledge.
- Brewin, C. (1997). *Depression*. Los Angeles: Psychology Press. *Journal of Pediatric Psychology*, 19(2), 149-169.
- Buela-Casal, G., Sierra, C., & Cano, M. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Burke, P. & Elliot, M. (1999). Depression in pediatric chronic illness: a diathesis-stress model. *Psychosomatics*, 40 (1), 243-249.
- Caballo, V. (2003). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexual, afectivos e psicóticos*. São Paulo: Santos.
- Campos, R. (2010). *Depressão, Personalidade e Dimensionalidade do Fenómeno Depressivo*. Comunicação Apresentada no Fórum Internacional de Psicologia Clínica e Psicoterapias Dinâmicas: Desafios Actuais, Lisboa.

- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de Sintomas Depressivos em Adolescentes Portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XXII), 667-675.
- Castro, E. & Piccinini, C. (2002). Implicações da doença orgânica crónica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3).
- Chabrol, H. (1990). *A depressão do adolescente*. Campinas: Papirus.
- Clerget, S. (2001). *Não estejas triste meu filho. Compreender e tratar a depressão durante os primeiros anos de vida*. Porto: Ambar.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão. Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2003). Depressão Infantil: Uma contribuição para a prática educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7 (1), 77-84.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2009). Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. *Psicologia em Pesquisa*, 3 (1), 87-100.
- Daitz, J. (1989). The Evolution of the Self-Psychological Approach to Depression. *American Journal of Psychotherapy*, XLIII (4), 494-505.
- Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 4, 553-564. Braga: Associação Psicólogos Portugueses.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Downey, G. & Walker, E. (1992). Distinguishing family-level and child-level influences on the development of depression and aggression in children at risk. *Psychopathology*, 4, 81-95.
- Duggal, S., Carlson, E., Sroufe, A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13, 143-164.
- Fonseca, A. (2002). O estudo da depressão em crianças: A escala de auto-avaliação da depressão de Birlson. *Psychologica*, 29, 113- 122.
- Freire, A. (2003). Metodologia da Investigação e Psicologia e Educação. Braga: Psiquilibrios.
- Gay, M. & Vogels, A. (1999). *Depressão na Infância e Adolescência*. S. Paulo: Summus.
- Goldrajch, D. (1996). Uma estratégia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão. *Jornal Psiquiatria*, 45 (12), 709-712.
- Goodyer, I. (2001). *The depressed child and adolescent*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guz, I. (1990). *O que é, como se diagnostica e trata*. São Paulo: Roca.
- Harada, O. & Soares, M. (2010). A Percepção do Agente Comunitário de Saúde para Identificar a Depressão. *Revista Electrónica Salud Mental Alcohol y Drogas*, 6 (2), 1806-6976.
- Harrington, R., Rutter, M., & Fombonne, E. (1996). Developmental pathways in depression: multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Dev Psychopathol*, 8, 601-16.
- Hazell, P. (2002). Depression in children. *BMJ*, 325, 229-230.

- Heinzer, M. (1998). Health promotion during childhood chronic illness: a paradox facing society. *Holistic Nursing Practice*, 12 (2), 33-47.
- Hoffman, R., Rodrigue, J., Andres, J., & Novak, D. (1995). Moderating effects of family functioning on the social adjustment of children with liver disease. *Children's Health Care*, 24 (2), 107-117.
- Ingram, R. & Trenary, L., (2005). Mood Disorders. In J. E. Maddux & B. A. Winstead (Eds.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Ito, L. (1997). Terapia cognitivo-comportamental para a depressão em Fortaleza, O. & Almeida, O. (orgs.), *Depressão e demência no idoso*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Kay, J. & Tasman, A. (2006). *Psiquiatria: ciência comportamental e fundamentos clínicos*. São Paulo: Manole.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kessler R. & Walters, E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety* 7, 3-14.
- Lara, M., Klein, D., & Karen, L. (2000). Psychosocial Predictors of the Short-term Course and Outcome of Major Depression: A Longitudinal Study of a Non-clinical Sample with Recent-Onset Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (4), 644-650.
- Lazzarin, F., Brito, I., Neto, M., Andrade, T., & Boaventur, T. (2009). Depressão infantil: Estudo fisiológico. *Neurobiologia*, 72 (2), 155 – 162.

- Lewinsohn P., Gotlib I., & Seeley J. (1997). Depression-related psychosocial variables: are they specific to depression in adolescents? *Jornal Abnormal Psychology*, 106, 365-75.
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes*. The Scientific Foundations of Psychotherapy. USA: Basic Books, Inc. A Division of Harper Collins Publishers.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. Lisboa: Climeps.
- Maia, A. (2001). Modelos de avaliação da experiência depressiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 22 (2), 197-204.
- Mendes, A. (2008). *Cuidados primários à saúde mental: depressão materna e aspectos comportamentais de crianças em idade escolar*. Programa de pós-graduação em saúde mental, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- Melchert, T. & Sayer, T. (1998). The Development of an Instrument for Measuring Memories of Family of Origin Characteristics. *Educational and Psychological Measurement*, 58 (1), 99-118.
- Miguel, L. & Sá, A. (2010). *Cuidados de Saúde Primários: Reforçar, Expandir*. Plano Nacional da Saúde 2011-2016, Ministério da saúde, Alto Comissário da Saúde.
- Monroe, S. & Reid, M. (2009). Life Stress and Major Depression. *Current directions in Psychology Science*, 18 (2), 68-72.
- Mullins, L., Chaney, J., Hartman, V., & Olson, R. (1995). Child and maternal adaptation to cystic fibrosis and insulin-dependent diabetes mellitus: differential patterns across disease states. *Journal of Pediatric Psychology*, 20 (2), 173-186.

- Nemeroff, C., Bremner, J., Foa, E., Mayberg, H., North, C., & Stein, M. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: a state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 1-21.
- Nierenberg, A., Sussman, N., & Trivedi, M. (2003). *Managing Relapse in Depression*. London: Science Press, Ltd.
- Oliveira, J. (2002). *Psicologia da família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Olsson, G. & Knorr, A. (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scand*, 99, 324-31.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Ministério da Saúde Direcção Geral da Saúde.
- Passos, P. & Machado, C. (2002). Eventos depressivos na Puberdade. *Análise Psicológica*, 2 (xx), 225-232.
- Phipps, S., Steele, R., Hall, K., & Leigh, L. (2001). Repressive adaptation in children with cancer: a replication and extension. *Health Psychology*, 20 (6), 445-451.
- Plano Nacional de Saúde (2004). *Mais saúde para todos*. Ministério da Saúde Direcção Geral da Saúde.
- Pires A. (2004). *Lágrimas na inocência – Hospitalização e Depressão Infantil no Hospital de Santa Maria*. Trabalho final de licenciatura, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).
- Quartilho, M. (2003). Terapia Cognitivo-comportamental na Depressão. In A. Vaz-Serra, *Medicina – Temas Actuais: Depressão*. Atral-Cipan.
- Rocha, T., Ribeiro, J., Pereira, G., Aveiro, C., & Silva, L. (2006). Sintomas Depressivos em Adolescentes de um Colégio particular. *Revista Psicologia*, 11 (1), 95-102.

- Rohde P., Lewinsohn P., & Seeley J. (1994). Are Adolescents Changed by an Episode of Major Depression? *Journal of Child Adolescent Psychiatry*, 33 (9), 1289-98.
- Rousseau, G. (2000). Depression's forgotten genealogy: notes towards a history of depression. *History of Psychiatry*, 11, 71-106.
- Sadock, B. & Sadock, V. (2000). *Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of Psychiatry*. New York: Wilkins Publishers.
- Schoon, I. (2006). *Risk and Resilience: Adaptations to changing times*. Cambridge: University Press.
- Schotte, C., Bossche, B., Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A Biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety*, 23, 312-324.
- Serrão, F., Klein, J., & Gonçalves, A. (2007). Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psicologia - Universidade de São Francisco*, 12 (2), 257 – 268.
- Shafii, M. & Shafii S. (1995). Clinical Manifestations and Developmental Psychopathology of Depression. In: Shafii, M. & Shafii, S. editores. *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents*. Washington: American Psychiatric Press.
- Silver, E., Stein, R., & Dadds, M. (1996). Moderating effects of family structure on the relationship between physical and mental health in urban children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 21 (1), 43-56.
- Son, S. & Kirchner, J. (2000). Depression in Children and Adolescents. *American Family Physician*, 2311.

- Spanemberg, L. & Juruema, M. (2004). Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista Psiquiatria*, 26 (3): 300-311.
- Spitz, R. & Nissen, G. (1983). Depressiones em la infancia y adolescencia. *Triangulo* 21 (22-3), 73-87.
- Springer, K., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2003). The long-term Health outcomes of childhood abuse: an overview and a call to action. *Jornal of Internal Medicine*, 18, 864-870.
- Sroufe, L., Duggal, S., Weinfield, N., & Carlson, E. (2000). Relationships, Development, and Psychopathology. In Arnold, J. Sameroff, Michael Lewis and Suzanne M. Miller (eds.), *Handbook of Development Psychopathology*. Kluwer Academic/plenum publishers, New York.
- Syvälähti, E. (1994). Biological Aspects of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 11-15.
- Talbott, J. (2003). *The Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health*. Philadelphia: Mosby.
- Teixeira, M. (2005). Melancolia e Depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da UNESP*, 4 (1), 41.
- Todorov, J. (1982). Behaviorismo e análise experimental do comportamento. *Cadernos de análise do comportamento*, 3, 10-23.
- Vaz-Serra, A. (1990). *A Depressão na Prática Clínica*. Cadernos da Depressão. Um Serviço à Profissão Médica. Porto.
- Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal de Psiquiatria*, 49 (10-12), 367-382.

- Walker, L., Harper, J., & Jensen, A. (2010). Self-Regulation as a mediator between sibling relationship quality and early adolescents' positive and negative outcomes. *Journal of Family Psychology*, 24, 419-428.
- Wamboldt, M. & Wamboldt, F. (2000). Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (10), 1212-1219.
- Watts, A. (1993). The Politics and Economics of Computer-Aided Careers Guidance Systems. *British Journal of Guidance & Counselling*, 21 (2), 175-189.
- Williamson, G., Walters, A., & Shaffer, D. (2002). Caregiver models of self and others, coping, and depression: predictors of depression in children with chronic pain. *Health Psychology*, 21 (4), 405-410.
- Winnicott, D. (1963). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- World Health Organization (WHO/OMS) (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization.
- Zavaschi, M., Satler, F., Poester, D., Vargas, C., Piazenski, R., Rhode, L., & Eizirik, C. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Psiquiatria*, 24 (4), 189-95.

Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

Consentimento Informado

“Sintomatologia Depressiva em Crianças numa Unidade de Saúde do Norte”

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, a informação ou explicação que me foi prestada, versou os objectivos, os métodos e os benefícios previstos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar, a todo o tempo, a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, consinto que me sejam aplicados os instrumentos de avaliação propostos pelo investigador.

Assinatura: _____

Data: _____ Local: _____

O investigador responsável: Anastácia Rebelo Costa

Assinatura: _____

Anexo II – Material e Medidas de Avaliação

Questionário Sócio-demográfico

Projecto de Intervenção

Sintomatologia Depressiva em Crianças numa Unidade de Saúde do Norte

Anastácia costa, 2011

Nº _____

Data: ____/____/____

1. Que idade tem? _____

2. Qual o seu sexo: F ☐ M ☐

3. Qual o seu Ano de Escolaridade? 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐

4. Com quem vives? _____

5. Tem Irmão? Não ☐ Sim ☐

6. Razão do Acompanhamento Psicológico: _____

ESCOLA: _____

CDI

IDADE: _____ SEXO: _____ ESCOLARIDADE _____ DATA _____

<input type="checkbox"/> Estou triste de vez em quando.	1
<input type="checkbox"/> Estou triste muitas vezes.	
<input type="checkbox"/> Estou triste o tempo todo.	

<input type="checkbox"/> Nunca nada me vai correr bem.	2
<input type="checkbox"/> Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem.	
<input type="checkbox"/> As coisas vão-me correr bem.	

<input type="checkbox"/> Faço quase tudo bem.	3
<input type="checkbox"/> Faço muitas coisas mal.	
<input type="checkbox"/> Faço tudo mal.	

<input type="checkbox"/> Divirto-me com muitas coisas.	4
<input type="checkbox"/> Divirto-me com algumas coisas.	
<input type="checkbox"/> Nada é divertido para mim.	

<input type="checkbox"/> Sou sempre mau (má).	5
<input type="checkbox"/> Sou mau (má) muitas vezes.	
<input type="checkbox"/> Sou mau (má) de vez em quando.	

<input type="checkbox"/> De vez em quando penso nalguma coisa má que me possa acontecer.	6
<input type="checkbox"/> Tenho receio que me aconteçam coisas más.	
<input type="checkbox"/> Tenho a certeza de que me vão acontecer coisas horríveis.	

<input type="checkbox"/> Eu detesto-me.	7
<input type="checkbox"/> Eu não gosto de mim.	
<input type="checkbox"/> Gosto de mim.	

<input type="checkbox"/> Sou culpado (a) de tudo o que acontece de mau.	8
<input type="checkbox"/> Muitas coisas más acontecem por minha causa.	
<input type="checkbox"/> As coisas más não costumam ser culpa minha.	

<input type="checkbox"/> Não penso em matar-me.	9
<input type="checkbox"/> Penso às vezes em matar-me mas nunca o farei.	
<input type="checkbox"/> Quero matar-me.	

<input type="checkbox"/> Tenho vontade de chorar todos os dias.	10
<input type="checkbox"/> Tenho vontade de chorar muitas vezes.	
<input type="checkbox"/> De vez em quando tenho vontade de chorar.	

<input type="checkbox"/> Tudo me aborrece imenso.	11
<input type="checkbox"/> Aborreço-me muitas vezes.	
<input type="checkbox"/> Aborreço-me de vez em quando.	

<input type="checkbox"/> Gosto de estar com pessoas.	12
<input type="checkbox"/> Não gosto muitas vezes de estar com pessoas.	
<input type="checkbox"/> Nunca quero estar acompanhado com pessoas.	

<input type="checkbox"/> Nunca consigo tomar decisões.	13
<input type="checkbox"/> Para mim é difícil tomar decisões.	
<input type="checkbox"/> Tomo decisões com facilidade.	

<input type="checkbox"/> Gosto do meu aspecto.	14
<input type="checkbox"/> Há algumas coisas do meu aspecto que não gosto muito.	
<input type="checkbox"/> Sou feio (a).	

Escala de Graffar Adaptada (Adaptada pela DSEEASE, 2006)

Nota: Selecciona em cada uma das colunas o grau correspondente à situação em análise e regista-o no local respectivo do quadro. O total dos pontos é obtido pelo somatório dos graus registados.

Critérios	Profissão	Graus	Resposta	Escolaridade	Graus	Resposta	Fonte principal de Rendimento Familiar	Graus	Resposta	Tipo de Habitação	Graus	Resposta	Local de Residência	Grau	Resposta	Estrato	P0ntuação
1	Grandes empresários; Gestores de topo de sector público e privado (> de 500empresarios); Professores universitários; Profissões liberais (Curso Superior); Altos dirigentes Políticos.	1		Ensino Universitário ou Equivalente	1		Lucros de empresas, Propriedades, Heranças	1		Luxuoso	1		Zona Luxuosa	1		I Classe Alta	5 9
2	Médios Empresários; Dirigentes de empresas; Professores do ensino básico e secundário; Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado.	2		Ensino médio ou Técnico Superior	2		Alto vencimento e Honorários, lugares bem remunerados	2		Espaçoso e Confortável	2		Zona Antiga no Centro da Cidade	2		II Classe Média Alta	10 13
3	Pequenos empresários (< de 50 empregados); Médios agricultores.	3		Escola Superior	3		Vencimento Mensal fixo	3		Casa em Bom estado	3		Zona Antiga Limítrofe da Cidade	3		III Classe Média Baixa	14 17
4	Funcionário públicos membro das forças armadas ou militarizadas; Técnicos administrativos; Operários semi-qualificados.	4		Ensino Primário completo	4		Salário, remunerações por semana, horas ou tarefas	4		Casa um pouco degradada	4		Zona social	4		IV Classe Baixa	18 21
5	Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.	5		Ensino primário Incompleto	5		Beneficência Pública ou Privada	5		casa imprópria	5		Zona imprópria	5		V Classe Baixa	22 25